Rok XLVII. Kraków, dnia 18 stycznia 1908 Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O wyczuwalności wyrostka robaczkowego i kątnicy, oraz o przynależnych punktach bolesnych.

Napisali

Prof. W. Jaworski i Dr Stanisław Łapiński.

Od przeszło lat trzydziestu toczy się sprawa kliniczna wyrostka robaczkowego, a pomimo to jest ona dotąd niewyczerpana i daleka od zakończenia. Tak np. główne pytanie, jaką jest wyczuwalność wyrostka, nie zostało dotąd rozstrzygnięte. Jedni autorowie, i to najpoważniejsi, twierdzą, że wyrostka robaczkowego wyczuć nie można. R. Lenzmann w swej obszernej monografii »Die entzündlichen Erkrankungen des Darmes in der Regio ileocaecalis« wyraża się: »Wyczuwanie zdrowego wyrostka jest według mego zdania bardzo rzadko możliwem, chociażby warunki były sprzyjające« — »jeżeli zaś się go wyczuwa jako wałek, to przebył on sprawę zapalną«. E. Rose w swej rozprawie »Die Untersuchungsmethode Bauchkranker auf Wurmfortsatzentzündung« mówi: »Nie wymagam, aby wobec próżnego jelita obrzmiały wyrostek wymacano, gdyż nie oddaję się pod tym względem żadnemu złudzeniu«. Albu w swej rozprawie »Zur Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis« z r. 1905 powiada: »Skurczona pętla jelit od zgrubiałego wyrostka daje się odróżnić tylko bardzo trudno, lub wcale nie«. Boas zaś pisze: »Udawało mi się wprawdzie w poszczególnych przypadkach z prawdopodobieństwem, graniczącem z rzeczywistością, wyczuć zgrubiały i bolesny wyrostek, lecz w większości przypadków na podstawie mego doświadczenia ... muszę temu zaprzeczyć«. Jeszcze w r. 1907 uważa Al. Schmidt z Drezna wyczuwanie wyrostka robaczkowego przez powłoki brzuszne za złudzenie.

Za możliwością wyczuwania wyrostka przemawia mniejszość autorów i to dość względnie. C. A. Ewald wyraża się: »Przy korzystnych warunkach udaje się wyczuć także wyrostek, ułożony na wewnątrz i poziomo, zwłaszcza jest to wtedy możliwe, jeżeli w nim istnieje chorobowe zgrubienie«, Nothnagel w swojem dziele o chorobach jelit, pisze: »Jeżeli się wogóle ten narząd w stanie zapalnym wyczuwa, to o wzięciu go za inny narząd, zwłaszcza skurczoną pętlę jelit, trudno pomyśleć«. Najbardziej stanowczo o wyczuwalności wyrostka wyraża się K. Hausmann z Orła. Twierdzi on, że na 50 podanych osób mógł wyczuć wyrostek 11 razy.

Ze względu na ważność kliniczną poruszonej sprawy, badaliśmy wyczuwalność wyrostka robaczkowego u 800 osób ambulatoryum tutejszej kliniki lekarskiej. Badaliśmy tylko mężczyzn, aby wyłączyć możliwą zamianę z częściami dodatkowemi macicy. Nie uwzględnialiśmy jednak tych mężczyzn, których wywiady wskazywały, że przebyli oni zapalenie wyrostka robaczkowego, albo którzy się skarżyli, że obecnie mają objawy takie, jakie odpowiadają zajęciu wyrostka robaczkowego. Czy pomimo tego między badanymi mężczyznami nie zdarzały się przypadki wyrostka robaczkowego, anatomicznie zmienionego, nie można stanowczo zaprzeczyć, gdyż kilku autorów (Tuffier, Marchand, Klęsk) podaje, że na 100 przypadków sekcyjnych znajduje się 23—50 razy wyrostek z przebytemi zmianami zapalnemi, chociaż za życia nie było żadnych przypadłości. W każdym razie przypadki, przez nas zbadane, nie wymagały leczenia klinicznego.

Warunki, w jakich można wyczuć wyrostek robaczkowy, są następujące:

1) Wyrostek musi się znajdować u osoby leżącej, na powięzi mięśnia lędźwiowoudowego *(m. ileo-psoas)* i mieć względem niego kierunek poprzeczny lub skośny, albo biedz równolegle z mięśniem ku dołowi. W przebiegu ku górze jest wyrostek najczęściej pokryty kątnicą, dlatego niewyczuwalny.

Według materyału sekcyjnego (500 przypadków) jaki podał Sudsuki, przebiega wyrostek najczęściej ku dołowi 183 razy, poprzecznie 141 razy, a ku górze 176 razy. Według tego możnaby wyczuć wyrostek na 500 przypadków $183+141=324$ (68·4%) razy. Myśmy zaś wyczuwali go na żywym materyale u 800 mężczyzn 412 (51·5%) razy. Laffargue widział na 200 sekcyi wyrostek przebiegający poprzecznie w 43%, ku dołowi w 41%, a ku górze w 13% przypadków; możnaby według tych danych wyczuć wyrostek w 84% przypadków, myśmy zaś na żywych wyczuli go w 51·5% przypadków.

Przypatrując się położeniu wyrostka na zwłokach, wydaje się, jakoby wyrostka w przeważającej liczbie przypadków nie można było wyczuć, gdyż bywa on pokryty mocno wzdętą kątnicą i wydętemi pętlami jelit, a sam bywa zepchnięty głęboko do miednicy małej. Tymczasem zacho-

wanie się jelit i położenie wyrostka u żywego człowieka jest zupełnie inne i korzystniejsze dla wyczuwania wyrostka, niż na zwłokach; brak bowiem za życia wzdęcia i następowej zmiany położenia wyrostka robaczkowego.

2) Powłoki brzuszne nie powinny przekraczać pewnej grubości, a przedewszystkiem nie powinny być mocno napięte. Czasem i grube powłoki dozwalają wyczuć wyrostek, jeżeli są podatne. Chodzi bowiem tylko o to, aby powłoki można przycisnąć do mięśnia lędźwiowoudowego. Wśród naszych 800 przypadków było 352 z powłokami grubemi lub niepodatnemi, z powodu czego nie można było wyczuć ani mięśnia lędźwiowoudowego, ani wyrostka 187 (53·1%) razy; u 96 (27·2%) zaś mężczyzn można było tak mięsień, jak i wyrostek wyczuć, pomimo grubych powłok brzusznych.

3) Potrzebne jest przy badaniu silne napięcie mięśnia lędźwiowoudowego *(m. ileopsoas)*, aby tworzył twardy podkład przy uciskaniu wyrostka. Jest to nieodzownym warunkiem wyczuwania wyrostka, tak że gdy się nie wyczuwa mięśnia lędźwiowoudowego, nie wyczuwa się zwykle i wyrostka. Aby ten mięsień napiąć, musi osoba badana podnieść wyprostowaną dolną kończynę prawą na ½ metra w górę. Na tę okoliczność zwrócił jeszcze uwagę Lenzmann w r. 1902, a później Melzer z N. Jorku. Na 800 mężczyzn można było wyczuć mięsień lędźwiowoudowy 415 (52%) razy, a nie wymacano go w 385 (48%) przypadkach. Z wybadanych 415 znaleziono 298 (71·8%) razy mięsień mocno napięty, a 117 (28%) razy wiotki.

4) Ułożenie ręki wyczuwającej jest dla badania bardzo ważne. Końcem palców, jak to się pospolicie robi, nie można ani znaleźć, ani dobrze wyczuć wyrostka. Należy położyć (stając po prawej stronie osoby leżącej trzymającej prawą kończynę wzniesioną), brzeg prawego palca wskazującego poprzecznie do przebiegu mięśnia lędźwiowoudowego, na okolicę biodrową prawą, mocno powłoki ucisnąć, aż się uczuje ostry brzeg mięśnia lędźwiowoudowego. Wtedy wyczuwa się pod palcem ruchomy, dość twardy wałeczek, który zmienia swą zbitość stosownie do trwania ucisku.

Na 800 mężczyzn udało się nam wyczuć wyrostek w powyższy sposób 412 (51·5%) razy. Przebieg wyrostka był przeważnie (390 [94·6%] razy) poprzeczny do kierunku mięśnia lędźwiowoudowego, a tylko 20 (5·0%) razy skośny; raz przebiegał wyrostek wzdłuż mięśnia ku dołowi, a raz ku górze. Grubość wyrostka była rozmaita, czasem miało się wrażenie grubej nitki, najczęściej cienkiego sznurka. Niekiedy dochodziła grubość wyrostka do grubości pióra gęsiego, a czasem (59 = 14·3% razy) był on jeszcze grubszy. Długość wyrostka przez wyczuwanie trudno ocenić, gdyż wyczuwa się tylko część jego; wynosiła ona od 2—5 cm.

Zajmująco przedstawia się bolesność wyrostka. Na 412 wyczuwalnych wyrostków było 270 (69·6%) bolesnych, a z tego 23 bardzo bolesnych. Na 270 bolesnych wyrostków było 47 bardzo cienkich i gładkich, a na 59 bardzo grubych wyrostków, było 41 bolesnych, a 18 niebolesnych. Stąd wynika, że grubość wyrostka nie idzie w parze z jego bolesnością.

Bardzo zajmujące są te przypadki, w których ucisk na wyrostek sprawia promieniowanie bolu do odległych miejsc jamy brzusznej. Na 412 wyczuwalnych wyrostków wynosiła liczba przypadków z promieniowaniem *(transmissio)* bolów 64 (15·5%). Z tego promieniowały bole do dołka podsercowego 25, do pępka 18, na lewo i do zatoki biodrowej lewej 18, pod łuk żebrowy prawy 3 razy. Nadto zauważono jeszcze 3 przypadki podwójnego równoczesnego promieniowania bolu od wyrostka robaczkowego; raz równocześnie do dołka podsercowego i pępka, raz do dołka podsercowego i spojenia łonowego, i raz do dołka podsercowego i na lewo. Stosunki te mają niemałą wagę przy ocenianiu stanu chorobowego zwanego zapaleniem wyrostka utajonem *(appendicitis larvata)*.

Z powyższych badań wynika, że wyrostek robaczkowy można u mężczyzn przeszło w połowie przypadków wyczuć, chociaż się oni nie uskarżają na przypady, towarzyszące zajęciu tego narządu.

Nie posiadamy dotąd pewnych oznak, po których moglibyśmy twierdzić, że wyrostek jest anatomicznie zmieniony, gdyż ani grubość, ani bolesność wyczuwalnego wyrostka nie pozwala wnosić o obecności zmian patologicznych w nim.

O punktach uciskowych.

Równocześnie badaliśmy punkt uciskowy Mac Burneya (+ B) we właściwem jego miejscu po stronie prawej i symetryczny punkt (— B) po stronie lewej. Uciskanie na punkt Mac Burneya (+ B) wykonywano w pierwszej ⅓ odległości linii łączącej kolec przedni kości biodrowej *(spina anterior superior ossis ilei)* z pępkiem; w tej samej odległości uciskano symetryczny punkt (— B) po lewej stronie. Rzut punktu Mac Burneya leży w kącie między kątnicą, a przyczepem jelita biodrowego, nie przypada więc na miejsce przebiegu wyrostka robaczkowego. Kelling uważa punkt uciskowy Mac Burneya za czysto nerwowy i przypuszcza, że w nim leży splot nerwu współczulnego, który on nazywa splotem kątniczobiodrowym *(plexus ileo-coecalis)*. Symetryczny punkt — B po stronie lewej należy do pętli esowatej i według Kellinga ma odpowiadać położeniu dolnego splotu krezkowego *(plexus mesentericus inferior)*. Bolesność uciskowa punktu Mac Burneya (+ B), jak słusznie zauważa Kelling, nie jest zawsze oznaką choroby wyrostka robaczkowego, gdyż punkt ten bywa także bolesny u osób tak zwanych nerwowych:, histerycznych i neurastenicznych, Tak samo ma się rzecz i z innymi splotami nerwu współczulnego w jamie brzusznej.

Właściwy punkt Mac Burneya (+ B) był wśród 800 mężczyzn (czyli na 412 przypadków wyczuwalnego wyrostka) 232 (26·5%) razy bolesny. Bolesność tego punktu nie idzie wcale w parze z bolesnością wyrostka, gdyż na 270 przypadków bolesnego i wyraźnie wyczuwalnego wyrostka przypadało tylko 107 (39·7%) bolesnych punktów Mac Burneya (+ B), a na 126 przypadków z wyraźnie wyczuwalnym i niebolesnym wyrostkiem przypadało 26 przypadków bolesnego punktu + B.

(Dok. nast.)

Z zakładu anatomiczno-patologicznego prof. Obrzuta we Lwowie.

Nadnercze a miażdżyca.

Podali

Hornowski i Nowicki

asystenci zakładu.

(Dokończenie).

Z metod dla tkanki nadnercza właściwych, najważniejsza jest metoda Merkla. W ostatnich czasach zwrócili uwagę Flesch i Srdinko, na podwójne barwienie się istoty korowej i rdzennej za pomocą karminu i indygokarminu. Mianowicie kora barwi się na niebiesko, a istota rdzenna na różowo. Otóż według naszych badań i doświadczeń przeprowadzonych tak na nadnerczach miażdżycowych, jak i niemiażdżycowych, metody tej za dokładną i ścisłą uważać nie możemy. Metoda to nader kapryśna i dająca różne obrazy bez możności uchwycenia momentu, który opisane przez autorów zabarwienie wywołuje. Jeżeli preparaty pozostają choćby tylko o kilka sekund za krótko lub za długo w zgęszczonym kwasie szczawiowym, to powstaje jednolite zabarwienie niebieskie tak kory, jak istoty rdzennej; przy dłuższem płukaniu we wodzie powstaje naodwrót różowe zabarwienie tak jednej, jak i drugiej. Ponieważ odgrywa tu nie małą rolę i grubość skrawków i nie można określić czasu, przez który preparat należy trzymać w tym lub innym płynie, przeto metoda ta niema, zdaniem naszem, większej wartości i w naszych badaniach nie przywiązywaliśmy do niej szczególniejszego znaczenia.

Ważniejszą wydawała się metoda Unny. Przy barwieniu wielobarwliwym błękitem metylenowym (polychromes Methylenblau), a potem przez 15 minut 33% kwasem garbnikowym, zabarwionym kilkoma ziarenkami fuchsyny kwaśnej do barwy portweinu, mają się barwić w komórkach warstwy siatkowatej i pęczkowatej jądro i protoplazma na niebiesko, w innych zaś protoplazma na niebiesko, a jądro na czerwono, co miałoby dowodzić kwaśnego lub zasadowego oddziaływania wydzieliny nadnerczy. Komórki, których jądro i protoplazma barwiły się niebiesko znaleźliśmy rzeczywiście, nietylko jednak w warstwie siatkowatej i pęczkowatej, lecz również w istocie rdzennej. Porównując nadnercza miażdżycowe z innemi nie mogliśmy przy tym sposobie barwienia znaleźć żadnych wybitniejszych różnic co do barwienia się jąder lub protoplazmy, ani też co do przewagi komórek z jądrem i protoplazmą zabarwioną na niebiesko nad komórkami z jądrem zabarwionem czerwono a protoplazmą niebieską. Zauważyć nadto musimy, że nie znaleźliśmy jakiegoś specyalnego ułożenia jednych lub drugich komórek. Wreszcie ostatnią metodą, którą stosowaliśmy, było badanie feochromizmu komórek.

Jak wiadomo, komórki nerwowe istoty rdzennej nadnerczy, oraz komórki nerwowe całego układu współczulnego, barwią się po utrwaleniu w kwasie chromowym lub jego solach i przy następnem użyciu błękitu toluidynowego (toluidinblau) i safraniny w ten sposób, że protoplazma i jądro barwi się na jasno zielono. Jestto tak zwany feochromizm. Przy stosowaniu tej metody postępowaliśmy w następujący sposób: Cienkie skrawki z nadnerczy utrwalaliśmy w następującej mieszaninie: 5 procent. wodnego rozczynu dwuchromianu potasowego 10 cm^3, formaldehydu (40%) 5 cm^3, wody przekroplonej 35 cm^3, przez 4 dni, następnie przenosiliśmy skrawki do 5% rozczynu dwuchromianu potasowego. Po wyjęciu z niego i opłukaniu we wodzie bieżącej przez 12 godzin przeprowadza się skrawki przez alkohole celem zatopienia w celloidynie. Barwienie: 20 minut w 10% wodnym rozczynie błękitu wodnego (Wasserblau), przez 5 minut w wodzie bieżącej, 20 minut 1% wodny rozczyn safraniny i wyskok 95% aż do niebieskawego zabarwienia preparatu.

Brak feochromizmu wyraża się tem, że jądro komórki barwi się na czerwono, a protoplazma na jasno niebiesko Jak dotąd, brak tego feochromizmu znaleziono w kilku przypadkach choroby Addisona w układzie współczulnym. Przy barwieniu tym sposobem nadnerczy miażdżycowych mogliśmy wszędzie stwierdzić feochromizm istoty rdzennej.

Tyle co do specyalnych metod barwienia naszych nadnerczy.

Zestawiając tedy zmiany drobnowidowe, zauważane przez nas w nadnerczach miażdżycowych powiemy, że cechują się one w ogólności sprawą zanikową i to głównie dotyczącą kory, a przedewszystkiem jej warstwy kłębkowatej z następowym mniej lub więcej posuniętym rozwojem tkanki łącznej podścieliskowej, z występowaniem zmian degeneracyjnych zwłaszcza w warstwie pęczkowatej i silnego nagromadzenia barwika w warstwie siatkowatej. Najmniejsze zmiany przedstawia istota rdzenna. a i te, o ile są, mają również charakter zanikowy. W pierwocinach nerwowych przy zastosowaniu wyliczonych metod zmian nie stwierdziliśmy. A teraz zachodzi pytanie, czy zmiany te są charakterystyczne dla nadnerczy, pochodzących ze zwłok ludzi, dotkniętych miażdżycą? Otóż na pytanie to należy odpowiedzieć przecząco. Takie same zmiany spotykaliśmy i w nadnerczach ze zwłok takich, gdzie miażdżycy nie było. A były to nadnercza przeważnie ludzi starszych. Stąd wniosek, że w nadnerczach osób, dotkniętych nawet bardzo znaczną miażdżycą tętnic, niema żadnych charakterystycznych, specyalnych zmian, odróżniających je od nadnerczy innych.

Prac, zajmujących się tym samym, co nasz, tematem, spotykamy w dostępnem nam piśmiennictwie tylko dwie[2]): jedna Josuégo[3]), druga Handelsmanna[4]). Josué badał tylko trzy nadnercza ze zwłok ludzi, dotkniętych miażdżycą, materyał zatem bardzo skąpy i nieuprawniający do wysnuwania pewniejszych wniosków. Zmiany w ogólności miały rzekomo charakter przerostu, określanego przez Josuégo nazwą »hyperépinéphrie«, a będącego następstwem wzmożonej pracy tego narządu. Przerost ów dotyczył wszystkich warstw kory i istoty rdzennej, a nadto towarzyszyło mu większe nagromadzenie barwika w warstwie siatkowatej kory.

---

[2]) Po oddaniu niniejszej pracy do druku pojawiła się w zeszycie trzecim 1907: »Pamiętnika Tow. lek. warsz.« praca Landaua: »Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosclerosis«.

[3]) Les capsules surrenales dans trois cas de l'atherom arteriel. Bullet de la Societ. med. des hôp. de Paris 1904 XI.

[4]) Ueber Suprarenininjiktionen bei Kaninchen nebst Einleitung ueber Nebennierenveraenderungen bei Arteriosclerose. Inaug. Diss. Berlin 1906.

Badania Handelsmanna przeprowadzone były już na znacznie większym materyale, bo na 18 nadnerczach, z których trzy pochodziły z osób, u których nie było miażdżycy, z pozostałych zaś 15 w dwóch miażdżyca była niewielka. W zewnętrznem wyglądaniu i wadze (średnia 4 gr., a zatem znacznie mniejsza, niż w naszych przypadkach) nie było nic charakterystycznego. Drobnowidowo stwierdzał Handelsmann stale przekrwienie, szczególnie w istocie rdzennej i uważa je za zjawisko, pozostające w ścisłym związku z miażdżycą. Spostrzeżenia tego, opierając się na własnych badaniach, potwierdzić nie możemy, przekrwienie spotykaliśmy częściej w korze, a wogóle biorąc, nie zawsze je znajdowaliśmy. Co się tyczy pomnożenia włókien mięsnych w nadnerczach miażdżycowych, rzeczy, zdaniem Handelsmanna, charakterystycznej, to pomnożenie owo zauważyliśmy również, nie jest ono jednak tak bardzo typowe, gdyż spotyka się je także przy innych sprawach; to samo dotyczy zgrubienia torebki, stale w nadnerczach miażdżycowych występującego. Silniejszy rozwój tkanki łącznej jest, zdaniem naszem, zwykłem następstwem zaniku elementów miąższowych. Podnieść jednak musimy zgodnie z Josuém i Handelsmannem, że w nadnerczach miażdżycowych uderza znaczna ilość barwika już wolnem okiem widocznego, jako ciemno-brunatny pas. Drobnokomórkowe nacieki, ogniskowo rozrzucone, znajdowane przez Handelsmanna, zdaje się, nie mają tu żadnego specyalnego znaczenia, bo spotyka się je i w innych nadnerczach.

Nie przyjmując w zasadzie zdania Josuégo, że nadnercza przy miażdżycy ulegają przerostowi, musimy również odrzucić przypuszczenie, wyrażone przez Handelsmanna. jakoby ów przerost mógł być następstwem miażdżycowego schorzenia tętnic, — przerostu bowiem nadnerczy przy miażdżycy wcale nie spotykaliśmy.

W drugiej grupie naszych badań chodziło nam o stwierdzenie, czy znajdują się jakieś charakterystyczne zmiany w nadnerczach królików, u których wywołano zmiany w tętnicy głównej przez wstrzykiwanie przez czas dłuższy adrenaliny.

W tym też celu wstrzykiwaliśmy królikom młodym o wadze, nie przenoszącej 2500 gr., adrenalinę, przetwór angielski (Takamine) do żyły usznej. Dawka jednorazowa wynosiła 3—10 kropli i to w ten sposób, że co 8—10 dni wstrzykiwaliśmy o jedną kroplę więcej. W ten sposób postępując otrzymaliśmy już po 2 i pół miesiącach charakterystyczne zmiany w tętnicy głównej. Nie mamy zamiaru omawiać tu dokładnie owych zmian, również nie tutaj miejsce na roztrząsanie pytania, za co należy uważać owe zmiany czy za identyczne z miażdżycą ludzką, czy za jakąś odrębną samoistną sprawę chorobową. Zaznaczymy tylko, że ani wyglądanie makroskopowe, ani też obrazy drobnowidowe za podobieństwem, a tem mniej za identycznością z miażdżycą ludzką nie przemawiają. Jestto, o ile sądzić można, sprawa dla królików charakterystyczna, sprawa, która, być może, jest pewnym rodzajem miażdżycy króliczej.

Badanie nadnerczy królików ze zmianami adrenalinowemi w tętnicy głównej oraz królików, którym adrenaliny nie wstrzykiwano, nic charakterystycznego nie wykrywa. Nie widzimy więc żadnych zgoła różnic w budowie między nadnerczami jednemi a drugiemi. W jednem tylko nadnerczu królika adrenalinowego spotkaliśmy bardzo zresztą nieznaczne ścieńczenie kory, do którego jednak nie można stanowczo przywiązywać żadnego znaczenia.

Loepper[5]), Kuelb[6]), Hedinger[7]), Mięsowicz[8]), Handelsmann[9]) nie znajdowali również wybitniejszych i charakterystyczniejszych zmian w nadnerczach królików, u których po wstrzykiwaniach adrenaliny otrzymywali typowe obrazy miażdżycy adrenalinowej. Znajdowano więc tylko dość stale krwotoki drobne lub, jak w jednym przypadku Mięsowicza, gdzie nadnercza w całości prawie składały się ze starych skrzepów, znaczniejsze. Co do zmian w samym miąższu, t. j. w komórkach gruczołowych kory i istoty rdzennej, to opisywane przez Hedingera pojawianie się wakuol, nie jest żadną charakterystyczną cechą, gdyż spotyka się je i w nadnerczach innych królików.

Na pytanie więc, czy zachodzi jakiś związek, badaniem wykazać się dający, między nadnerczem a miażdżycą, odpowiedzieć trzeba, że anatomiczny w każdym razie nie. Jak więc wytłómaczyć niewątpliwy związek czynnościowy, stwierdzany niejednokrotnie drogą doświadczalną? Trudno na to dziś odpowiedzieć. Może być, że kiedyś da się związek ten wyjaśnić na drodze chemicznej. Bo, że nadnercze, jako gruczoł, niewątpliwie bierze ważny udział w przemianie materyi, na to mamy chyba dość dowodów, zwłaszcza wówczas, gdy narząd ten ulega poważniejszym zmianom. Możnaby więc przypuścić, że i przy miażdżycy przychodzi tu do zaburzeń, cechujących się może wzmożonem wydzielaniem, może zmienionym jej chemizmem, który wśród innych warunków przyczynia się również do stałego i znaczniejszego podniesienia parcia krwi, w powstawaniu miażdżycy niewątpliwie niepoślednią odgrywającego rolę. Te zaburzenia w nadnerczu przy miażdżycy, przypuszczalnie istniejące, może w przyszłości będzie można wykrywać wydoskonalonemi metodami barwienia; dziś niestety w braku odpowiednich metod stwierdzić ich jeszcze nie możemy.

Wnioski:

1. Nadnercza ludzi dotkniętych miażdżycą nie okazują żadnych typowych dla tej sprawy zmian anatomicznych, gdyż zmiany w nich w tych przypadkach spotykane mogą występować i przy innych sprawach chorobowych.

2. Zmiany, spotykane w nadnerczach przy miażdżycy są zmianami następowemi, a nie przyczynowemi; stoją one w związku z ogólnem schorzeniem ustroju i są tegoż skutkami.

3. Być może, że na drodze chemicznego badania nadnerczy, lub też wewnętrznego ich wydzielania, znajdzie się rozwiązanie zagadnienia o stosunku nadnerczy do miażdżycy.

---

[5]) L'action de l'adrenaline sur l'apparcil cardiovasculaire et sur la capsule surrénale. Soc. de Biologie 1903 XI.

[6]) Experimentelles ueber Nebennierenextrakte. Kongr. f. innere Med. in Wiesbaden 1905.

[7]) Ueber experimentelle durch Adrenalin und Haemostasin erzeugte Arterienerkrankungen bei Kaninchen. Korrespondenzbl. f. schweizer. Aerzte 1905.

[8]) Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny na narządy wewnętrzne królika. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. T. XLVI. Serya B. Ak. Um. w Krakowie.

[9]) L. c.

O sposobach barwienia krętka bladego w celach rozpoznawczych.

Podali

Dr H. Ehrlich i Dr J. T. Lenartowicz

z Przemyśla.

Poszukiwanie krętków bladych w wykwitach kiłowych stało się dzisiaj tak powszechnem, praca na ten temat tak ogólną i gorączkową, że w literaturze ostatniego trzechlecia nie ma chyba jednego pisma lekarskiego, w któremby nie znalazło się mniej lub więcej prac, bądź nowych, bądź też omawiających znane już dawniej właściwości krętka bladego z rozmaitych punktów widzenia. Prace te, na ogół wziąwszy, do dziś podzielićby można na trzy grupy.

Grupa pierwsza, najliczniejsza, dlatego może, że przedmiot dla badaczy najłatwiejszy, najdostępniejszy, to cały szereg prac, omawiających dodatnie wyniki poszukiwań krętka bladego w różnych wykwitach kiłowych. Na tej też grupie, jak do dzisiaj, opieramy głównie przekonanie nasze o swoistości krętka bladego, a utrzymuje się ono w nas siłą samych faktów, bądź co bądź zbyt licznych, zbyt przekonywających, by im odmówić doniosłego znaczenia.

Grupa druga prac, dotyczących krętka bladego, to prace, zmierzające do oc.ny sposobów barwienia, rozliczne ulepszenia w sposobach barwienia dotąd znanych, często sposoby nowe, z których jedne dlatego mają mieć wartość, że dają obrazy jasne, bogate w szczegóły, inne dlatego, że sposób postępowania przy barwieniu jest prosty, samo barwienie trwa krócej, a w ręku lekarza-praktyka ma być ułatwieniem w rozpoznaniu, ma mu dać możność prędkiego sporządzenia preparatu nawet w godzinach ordynacyjnych. W ostatnich zwłaszcza czasach podano takich sposobów kilka i to sposobów istotnie prostych, dla celów klinicznych często zupełnie wystarczających. Dość wspomnieć o szybkim sposobie barwienia, podanym przez Mac Neala[1]), Bergera[2]), Preissa[3]) i o ostatniej najnowszej modyfikacyi Giemsy[4]).

Do trzeciej wreszcie, najszczuplejszej, bo bezsprzecznie najtrudniejszej grupy prac, zaliczyć musimy prace tych autorów, którzy do znanych dotąd skąpych wiadomości naszych o krętku bladym pragną dodać nowe szczegóły, czy to z zakresu rozwoju krętka bladego, czy też z zakresu, jak dotąd próżnych usiłowań uzyskania czystych jego hodowli. Tu wymienić należy prace: Löwenthala[5]), Herxheimera[6]), Krzyształowicza i Siedleckiego[7]) i próby hodowli podjęte przez Leuriaux i Queets[8]).

Poszukiwania krętka bladego, jeśli już dziś nie są, to przynajmniej wkrótce staną się tak powszechne, jak poszukiwanie dwoinek wiewiórowych, t. j. w tych przypadkach, w których rozpoznanie jest wątpliwe, wymagać będziemy od lekarza praktyka, by za każdym razem użył mikroskopu i z jego pomocą usunął wątpliwości. Stąd też zapewne rodzi się chęć wynalezienia sposobów barwienia jak najprostszych i jak najszybszych. Sposoby te jednak krótkością barwienia nie powinny, że tak powiemy, wypierać innych postulatów, nie powinny wpływać ujemnie na jasność preparatu, nie powinny przez słabe uwydatnienie szczegółów krętka bladego utrudniać łatwego jego odszukania. Jak dotąd jedynym, że tak powiemy, klasycznym sposobem barwienia krętka bladego jest barwienie sposobem Giemsy. Sposób ten, ogólnie znany, już przez to, że był pierwotnym i pierwszym sposobem, użytym do wykrycia krętka bladego, jest i musi być uznanym, jak dotąd, za swoisty niejako dla krętka bladego, a wszelkie inne sposoby, krótsze czy dłuższe, uchodzić będą za mniej pewne, mniej ścisłe. Barwienie jednak sposobem Giemsy wymaga naprzód wielkiej znajomości właściwości tego barwika, dużego doświadczenia, a co najważniejsza, stosownego czasu, który, jeśli nie uwzględni się któregokolwiek z warunków barwienia ściśle wymaganych, jest niemal nieobliczalny. Wynik zatem barwienia sposobem Giemsy jest często ujemny nie dlatego, aby w danym preparacie nie było krętków, któreby się sposobem Giemsy nie mogły zabarwić, ale dlatego, że badający często drobną pomyłką: jak użyciem barwika o nieodpowiedniem zgęszczeniu, złem wymieszaniem roztworu, użyciem wody przekroplonej, nieodpowiedniej, bo kwaśnej, złem oczyszczeniem szkiełka lub naczynia, w którem się barwi, klasyczną tę metodę uczyni zgoła nieprzydatną, a co najważniejsze dopiero drogą długich prób i doświadczeń dojdzie do wykrycia błędu, przez się popełnionego.

Że tak jest, że błędów takich ustrzedz się nie łatwo i że skutkiem tego winy szuka się niesłusznie w barwiku, gdy jej właściwie w nieuwadze przy barwieniu szukać należy, dowodzi ostatni przepis Giemsy[9]), w którym autor bardzo wyczerpująco błędy podobne omawia i podaje ścisły przepis postępowania przy barwieniu. Rozumie też autor ogólną potrzebę podania szybszego sposobu barwienia i w tym też duchu dawny swój sposób zmienia, co jednak nie zmniejsza w niczem trudności ustrzeżenia się od pewnych błędów, a więc tem samem i sposobu postępowania zbytnio nie ułatwia.

Wielokrotnie podnoszono jako ogólną cechę krętka bladego jego trudną barwliwość, czyli jego słabe powinowactwo do barwików, a przekonanie to tak dalece się przyjęło, iż myślećby można, że próby barwienia zwykłymi, ogólnie znanymi barwikami, zawiodą.

Podjęte przez nas próby, jak niżej wywiedziemy, wskazują, że przekonanie to, na ogół biorąc, nie jest słuszne.

Sposoby barwienia, których używaliśmy, a których główne zasady poniżej podamy, aczkolwiek proste i każdemu dostępne, nienajgorsze dawały wyniki. Za zadanie nasze przy tych próbach barwienia krętka bladego postawiliśmy sobie zakres bardzo szczupły, bo systematyczne przejście pewnej grupy barwików ogólnie znanych, najczęściej używanych, a tem samem każdemu lekarzowi dostępnych, i zbadanie, o ile barwiki te mogą oddać usługi w barwieniu krętka bladego w sposób, o ile można krótki, łatwy i prosty. Nie kusiliśmy się bynajmniej o dobór materyału rzadkiego, materyału, w którym tak, jak n. p. w kilakach albo rozcierkach soku narządów wewnętrznych krętki blade wykrywa się trudno i zrzadka tylko, przeciwnie do prób barwienia używaliśmy materyału ogólnie najdostępniejszego i bardzo pewnego: wykwitów kiły drugorzędnej i nieleczonej, obok tego rozcierek z wrzodów pierwotnych. Przejrzeliśmy z górą 1000 preparatów, nie tyle dbając o dobór rzadkich przypadków, ile o pewność, żeby w każdym przypadku krętki blade istotnie w większej ilości się znajdowały. Nadmienić jednak musimy, że także i w tych przypadkach, w których objawy kliniczne nie dość były wyraźne, by módz odrazu kiłę rozpoznać, mikroskopowo wcześnie krętki blade znajdowaliśmy. Ilekroć rozpoczynaliśmy barwienie którymkolwiek z barwików po raz pierwszy, z tej samej grupy preparatów sporządzaliśmy preparaty kontrolne, barwiąc według przepisu Giemsy. Ostrożność ta wydała nam się konieczną z dwu względów. Raz dlatego, by, barwiąc sposobem, uznanym ogólnie za pewny, przekonać się, czy w preparacie istotnie krętki blade się znajdują, powtóre dlatego, by módz porównać wyniki barwienia, a tem samem módz orzec, o ile barwik próbowany daje wyniki zgodne z preparatami, barwionymi sposobem Giemsy.

[1]) Mac Neal: Referat w »Monatshefte f. prakt. Dermatologie«, Tom 44, zesz. 11.
[2]) Berger: »Münchener med. Wochenschrift«, 1906, Nr 25.
[3]) Preiss: »Wien. med. Presse«, 1906, Nr 49.
[4]) Giemsa: »Deut. med. Wochenschrift«, 1907, Nr 17.
[5]) Löwenthal i Wechselmann: »Med. Klinik«, 1905, Nr 26, 33.
[6]) Herxheimer: »Münchener med Wochenschrift«, 1905, Nr 20 i 1906, Nr 7.
[7]) Krzyształowicz i Siedlecki: »Monatsh. f. prakt. Dermatologie.
[8]) Podług Hoffmanna: »Die Aetiologie der Syphilis«, str. 30.
[9]) Giemsa: »Deuts. med. Wochenschr.«, 1907, Nr 17.

I właśnie dzięki tym preparatom kontrolnym śmiemy wyrazić przekonanie, że próby barwienia, jakie podjęliśmy, choć proste i mało wymagające wprawy, dawały wyniki wcale nie różne od barwienia sposobem Giemsy tak, że posługiwanie się nimi do celów praktyki codziennej moglibyśmy uważać za wystarczające i zupełnie pewne.

Do prób barwienia używaliśmy błękitu metylenowego Löfflera, zwykłego błękitu metylenowego, fuchsyny, fioletu goryczkowego, wezuwiny, thioniny, dahlii. Preparaty utrwalaliśmy bądź wprost nad płomieniem zwykłym sposobem, bądź wyskokiem bezwodnym przez 10—15 minut, bądź też mieszaniną formaliny z wyskokiem w stosunku 1:100, w tym przypadku bacząc pilnie na to, by czas utrwalania nie przekraczał jednej minuty. Wreszcie preparatów starszych dobrze wysuszonych nie utrwalaliśmy wcale.

Błękitu metylenowego używaliśmy w następujących rozczynach: błękit metylenowy wodny zgęszczony, błękit metylenowy wyskokowy zgęszczony i błękit metylenowy Löfflera. Pierwsze dwa rozczyny nie dały wyników dodatnich, mimo, że barwiliśmy nimi preparaty przez godzinę i dłużej. Natomiast błękit metylenowy Löfflera w przeciwieństwie do twierdzenia Heima[10]) dawał wyniki bardzo dobre. Preparaty, barwione tym barwikiem, utrwalone jednym z wyżej podanych sposobów (zwłaszcza mieszaniną formaliny z wyskokiem), już po 15—20 minutowem barwieniu, zmyte następnie wodą przekroploną, dawały obrazy jasne o dostatecznej wyrazistości. Ciałka krwi barwiły się zielonawo-żółto, krętki blade blado-niebiesko i w przeciwieństwie do krętka załamującego światło *(spirochaete refringens)*, grubszego i ciemniej zabarwionego, wyróżniały się ciałem bardzo delikatnem o skrętach wyraźnie zarysowanych i bardzo regularnych.

Ponieważ zgęszczone rozczyny wodne i wyskokowe zwykłego błękitu metylenowego nie dawały wyników dodatnich, próbowaliśmy barwić rozczynami tego barwika w wodzie karbolowej, sporządziwszy barwik następującego składu:

Błękitu metylenowego	1,50 gr.
Wyskoku bezwodnego	10 »
Wody karbolowej 5%	100 »

Po barwieniu barwikiem tak przyrządzonym już po 5 albo 10 minutach barwienia otrzymywaliśmy wyniki dodatnie, wogóle podobne do wyników przy barwieniu rozczynem Löfflera, tylko obrazy nieco wyrazistsze.

Fuchsyny używaliśmy tej samej, jakiej używa się ogólnie do barwienia prątków gruźliczych (rozczyn Ziehla). Rozczynem tym nie należy bezwarunkowo barwić dłużej. niż 30 sekund do 1½ minuty, bo występuje łatwo przebarwienie i straty, z drugiej jednak strony lekko różowe zabarwienie tła ułatwia odszukanie krętków bladych, które od tej barwy odbijają wyraźnie ciemno-czerwonem zabarwieniem. Barwiąc fuchsyną korzystniej jest utrwalać preparaty wyskokiem lub mieszaniną wyskoku z formaliną, bo jeśli utrwala się nad płomieniem i przed ostygnięciem szkiełka barwi, powstają łatwo straty.

Fioletem goryczkowym barwiliśmy w rozczynie karbolowym (Oppenheim-Sachs[11]), w zgęszczonym wyskokowym (Herxheimer[12]) i anilinowym (Gonder-Hoffmann[13]) i mogliśmy ogółem potwierdzić wyniki wspomnianych autorów z tem jednakowoż nadmienieniem, że przy użyciu rozczynu anilinowego takiego, jakiego się używa zwykle do metody Grama, krętki blade barwią się dobrze już po 5 minutach barwienia, gdy Gonder i Hoffmann barwią przez 24 godzin.

Barwienie thioniną i dahlią dawało również wyniki dodatnie, obrazy czyste i jasne. Posługiwaliśmy się przy tem barwieniu barwikami następującego składu:

Nasyconego rozczynu thioniny w wyskoku 50%	10 gr.
Wody karbolowej 1%	100 »

Barwikiem tym należy barwić około 20—25 minut, poczem opłukać wodą przekroploną.

Skład rozczynu dahlii był następujący.

Dahlii	1 gr.
Wyskoku bezwodnego	10 »
Wody karbolowej 5%	100 »

Czas barwienia krótszy, bo 5—10 minut; zabarwienie krętków bladych jasno-fioletowe[14]).

Wezuwina i safranina barwią również krętki blade, obrazy jednakowoż nie są dosyć wyraźne, odszukanie krętków bladych trudniejsze, a prócz tego barwić trzeba tymi barwikami przeszło godzinę.

Zgodnie z Heimem zaznaczyć musimy, że ani krętek blady, ani krętek załamujący światło, sposobem Grama się nie barwią.

Tak przedstawiają się próby barwienia wyżej wymienionymi barwikami, a gdybyśmy chcieli sposoby, których używaliśmy, ułożyć w pewien szereg, przyznać musimy, że najłatwiej barwią się krętki blade rozczynem fuchsyny (roztwór Ziehla), bo w przeciągu ½, 1 do 2 minut, prawie równie łatwo rozczynem fioletu goryczkowego w wodzie karbolowej lub anilinowej; w przeciągu 5—10 minut rozczynem karbolowym zwykłego błękitu metylowego lub rozczynem karbolowym dahlii (według składu wyżej podanego), w 20—25 minut barwikiem Löfflera lub thioniną karbolową, w godzinę lub dłużej wodnymi rozczynami safraniny, wezuwiny i bismarkbraunu.

We wszystkich tych próbach barwienia a zwłaszcza w barwieniu błękitem metylenowym okazało się, że nawet rozczyny bardzo zgęszczone mogą krętka bladego nie barwić zupełnie albo bardzo trudno; skoro jednak rozczyny te sporządzimy we wodzie karbolowej, wrażliwość krętka bladego na dany barwik znacznie się zwiększa. Na tej podstawie opierając się, skłanialibyśmy się do przypuszczenia, że woda karbolowa 1—3—5% jest przy barwieniu krętka bladego dobrą zaprawą i powinowactwo jego do barwików na pozór obojętnych znacznie podnosi.

Preparaty kontrolne, barwione sposobem Giemsy i ściśle według jego przepisu, nie różniły się niczem od preparatów barwionych barwikami przez nas używanymi, bo ani rozmaitością form krętka bladego, ani wyrazistością obrazów mikroskopowych, ani większą prawidłowością skrętów regularnych, ostrych i głębokich, cech, jak wiadomo, koniecznych do odróżnienia krętka bladego od postaci mu pokrewnych. Sądzimy też, że jeśli popełnia się błąd rozpoznawczy i krętek załamujący światło bierze się za krętek blady, to błąd ten równie łatwo można popełnić przy barwieniu sposobem Giemsy, jak przy barwieniu sposobami, które wyżej podaliśmy. Tu nie rodzaj barwika, nie użycie tego lub owego sposobu barwienia chroni od błędu, ale wprawa, doświadczenie i przejrzenie znacznej ilości preparatów z tem zastrzeżeniem, by szukać głównie postaci typowych, słabiej barwiących się, o ciele bardzo cienkiem i o skrętach bardzo prawidłowych, głębokich. Takie postacie, jako bardzo delikatne, wyróżniają się doskonale przy barwieniu błękitem Löfflera. Przyznać musimy, że pomyłka, o którą łatwo, zdarzyła się i nam w początkach pracy. W jednej grupie preparatów, barwionych różnymi barwikami, znaleźliśmy liczne okazy krętków dobrze zabarwionych, wyraźnych, bardzo obfitych w każdem polu widzenia i krętki te braliśmy początkowo za krętki blade, gdy późniejsze doświadczenie nauczyło nas, że były to tylko krętki załamujące światło. Były tam krętki krótsze i dłuższe, rozmaicie

[10]) Heim: »Lehrbuch der Bakteriologie«, 1906, str. 458.

[11]) Oppenheim i Sachs: »Münch. med. Wochenschr.« 1905, Nr 31.

[12]) Holzheimer: l. c.

[13]) Gonder i Hoffmann podług Provazek: »Protistenuntersuchung«, 1907, str. 37.

[14]) Roztworem barwika Azur II z pomocą roztworu wodnego dahlii barwi Berger (»Münch. med. Wochenschr.«, 1906, Nr 25). Sposób przez nas podany zdaje nam się być prostszy.

powyginane, splecione po dwa i więcej, skłonni byliśmy dopatrzeć się krętków, w kopulacyi ze sobą będących, rozpadłych i krótkich, to znów w dłuższe pasma ze sobą połączonych, żaden jednak z krętków, jak się później okazało, nie miał cech, ściśle dla krętka bladego wymaganych. Późniejsze doświadczenie nauczyło nas, że tam, gdzie w preparacie obok krętka bladego znajdowały się krętki załamujące światło, tam właśnie i tylko tam spotykaliśmy postacie wielorakie. Gdzie zaś w preparacie były same tylko krętki blade, wówczas znajdowaliśmy postacie wszystkie niemal bliźniaczo do siebie podobne.

Dlatego przypuszczamy, że opisywane przez niektórych autorów domniemane postacie przejściowe, wyróżnianie postaci młodocianych i już rozwiniętych, zgrubienia w krętkach uważane za jądra, rozpadanie się krętków przez podział podłużny i t. p. odnieść należy raczej do krętków załamujących światło, niż do krętków bladych. Długość krętków bladych w preparatach, które badaliśmy, była najczęściej średnią, ale znajdowaliśmy też krętki bardzo długie, mające wszystkie cechy krętka bladego. Domieszka krwi przy braniu materyału zdaniem naszem w badaniach zupełnie nie przeszkadza, owszem w preparatach dobrze rozprowadzonych i nieprzebarwionych w pobliżu ciałek czerwonych krwi krętki blade najłatwiej odszukać można. Nie leży zresztą w ramach pracy naszej omawianie tych wszystkich szczegółów, dotyczących krętka bladego, zwracamy uwagę na to tylko, co jako fakta często powtarzające się mieliśmy sposobność stwierdzić na pewne, uważając dyskusyę na temat morfologii i postaci przejściowych jak dotąd za nierozstrzygniętą.

Streszczając wyniki badań, do jakich na razie doszliśmy, ograniczamy się do zaznaczenia, że:

1) krętki blade barwią się dobrze nietylko barwikiem Giemsy, ale i prostszymi, wyżej wymienionymi sposobami.

2) Czas wymagany do zabarwienia krętka bladego sposobami, jakie podaliśmy, jest krótki, sposoby postępowania proste i łatwe.

3) Do celów rozpoznawczych dla lekarza-praktyka sposoby te zupełnie wystarczają.

4) Rozczyny wody karbolowej zwiększają wrażliwość krętka bladego na barwiki (rodzaj zaprawy dla krętka bladego).

5) Najprawdopodobniej próby barwienia i innymi barwikami dadzą wyniki dodatnie, zwłaszcza, gdy użyje się odpowiedniej zaprawy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Otte. **O pooperacyjnych powikłaniach płucnych i zakrzepach żył po uśpieniach eterowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Powikłania płucne po operacyach, zwłaszcza brzusznych, są wogóle bardzo częste. W szkole położnych w Osnabrück zdarza się ich jednak bardzo niewiele, co, jak sądzi O., zawdzięczać należy następującemu postępowaniu przy uśpieniu. Chora przed operacyą musi płukać pilnie usta płynem odkażającym, a wieczorem dnia poprzedzającego i rano przed operacyą wziewa po $^1/_2$ godziny rozczyn soli kuchennej z tymolem i wyskokiem. Na $^1/_2$ godziny przed uśpieniem wstrzykuje się 0,01 morfiny. Do uśpienia używa się eteru, maski Juillard-Dumonta, przyczem eter dawkuje się w ten sposób, że na początek daje się 10 ctm.^{3}, po 2 minutach 20 ctm.^{3}, po dalszych 2—10 ctm.^{3}, a potem w 5 minut 5 ctm.^{3}, średnio na godzinę 100 ctm.^{3} eteru. Po operacyi ostrożnie przewozi się okrytą chorą, a w łóżku znowu stosuje się wziewania jeszcze przed obudzeniem $^1/_2$ godziny. To postępowanie, a zwłaszcza wziewania, uważa O. za główną przyczynę dobrych wyników, unikania powikłań płucnych i zakrzepów. (Zdanie autora o tyle nie jest słuszne, że porównuje on wyniki oddziału ginekologicznego z przypadkami chirurgicznymi. Tymczasem statystyki chirurgów dowiodły, że wogóle u kobiet powikłania płucne występują rzadziej, niż u mężczyzn, z powodu braku zatrucia wyskokiem, tytoniem i z powodu innego typu oddychania, a dalej, że operacye powyżej pępka dają z zasady prawie 3 razy tyle powikłań płucnych, co poniżej i z tego też powodu wogóle przy operacyach kobiecych spotyka się znacznie mniej powikłań płucnych. *Przyp. sprawozd.*). *Klęsk.*

Herrenknecht. **3000 uśpień chlorkiem etylu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 49). Na podstawie swego bogatego doświadczenia poleca H. gorąco uśpienie chlorkiem etylu. Oczywiście nadaje się ono do operacyi krótkotrwałych, przyczem zużywa się 2—5 grm. tego środka. Do uśpienia używa H. maski Esmarcha, pokrytej gumą, z otworem, przez który napuszcza się na flanelę chlorek. Można bezpiecznie stosować to uśpienie przy zaburzeniach serca, nerek i płuc. Uśpienie trwa do 20 minut, poczem w razie potrzeby można przejść do chloroformu lub zastosować drugie uśpienie etylowe. Chorzy wśród uśpienia mają często sny erotyczne, pod koniec wszystko słyszą i pamiętają słowa. Podniecenia zwykle nie ma, głęboki sen następuje w $^1/_2$—$1^1/_2$ minuty. Odczyn źrenic nie jest znamienny. Wogóle nadaje się to uśpienie do operacyi trwających około 5 minut. *Klęsk.*

Haun. **W sprawie uśpienia ogrzanym chloroformem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 48). Zapomocą chloroformu, ogrzanego do 38°, przeprowadził H. 8 uśpień i przekonał się, że to postępowanie daje pewną korzyść, bo uśpienie występuje szybciej, przebiega lepiej, chorzy potem szybko przychodzą do siebie, a złych następstw nie bywa. Działanie korzystne odnieść należy chyba do ogrzanej pary chloroformu, która jest lżejszą i lepiej przez to wnika w drogi oddechowe. *Klęsk.*

Michelsson. **Bezcelowość dodatku przetworów nadnercza przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Za radą Biera i Dönitza zaczęto stosować przy znieczuleniu lędźwiowem jako dodatek do kokainy przetwory nadnercza, rzekomo celem zmniejszenia trującego działania kokainy i przedłużania znieczulenia. Doświadczenia jednak Thiesa na zwierzętach, a zwłaszcza spostrzeżenia kliniczne, między innemi i autora, dowiodły, że dodatek ten jest zupełnie niepotrzebny, a często wprost szkodliwy. Objawów zatrucia przetwory nadnercza nie usuwają, a co gorzej, oddziaływając nieraz kwaśno, działają szkodliwie na opony; przytem rozkładają się przy wyjaławianiu. *Klęsk.*

Torkel. **Ułamanie się igły przy nakłuciu lędźwiowem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Wskutek nieuwagi dozorczyni chora wśród nakłucia, gdy już miano igłę wyciągać, rzuciła się nagle, przyczem igła ułamała się. Nacięto zaraz skórę, ale igła tkwiła głęboko. Przez cały czas płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał strumieniem, co autora zaniepokoiło, bo widział już zgubne skutki wielkiej utraty płynu. Dopiero cięcie poprzeczne i oddłutowanie wyrostka ościstego ułatwiło dostęp i wydostanie igły. Następstw dalszych ten wypadek nie miał. *Klęsk.*

Kuhn. **Jałowy surowy katgut.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor powołuje się na swoją poprzednią pracę o wyrobie katgutu i opisuje epidemię tężca, która wybuchła w klinice Orsoli w Bolonii wskutek złego katgutu. K. żąda, by nad fabrykami katgutu roztoczono taki sam nadzór, jak nad wyrobem surowic, a w końcu podaje odpowiednie przyrządy i sposoby do wyrabiania pewnie jałowego surowego katgutu. Oczywiście i ten nawet katgut należy potem jeszcze w zakładach znanymi sposobami wyjaławiać. *Klęsk.*

Madlener. **Nić z pokrzywy, jako chirurgiczny materyał do szycia.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Na podstawie swego doświadczenia poleca M. gorąco, jako pewny materyał do szycia, dający się łatwo wyjaławiać, a tani, nici sporządzone z kory pokrzywy azyatyckiej (*urtica nivea*). Nici te są silniejsze od jedwabiu i używać też ich można w bardzo cienkich pasemkach. *Klęsk.*

Weil. **Krwawiączka.** (*Zjazd med. wewnętrz. i chirurg.* Paryż. Październik, 1907). Od 2 lat leczy Weil krwawiączkę przez podskórne lub śródżylne wstrzykiwania świeżej surowicy końskiej. Jednorazowe wstrzyknięcie 20 ctm.^{3} wystarcza na miesiąc, tak, że przez ten czas można krwawców nawet operować bez wielkiego niebezpieczeństwa. Tak leczył W. jedenastu chorych. Sposób ten prócz właściwego leczenia jest też bardzo ważny dla chirurga w razie zamierzonej operacyi u krwawca. *Dr Klęsk.*

Creite. **W sprawie leczenia wąglika zewnętrznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 51). W leczeniu wąglika, usadowionego zewnętrznie, istnieją dwa zupełnie krańcowe zapatrywania. Jedni radzą wycinać całą tkankę chorą lub niszczyć

ją doszczętnie, drudzy naodwrót polecają leczenie jak najbardziej zachowawcze, nawet w najcięższych przypadkach. To drugie postępowanie wydaje w praktyce bardzo dobre wyniki. Miejscowo robi się okłady z 2 prc. octanu glinowego; chory musi leżeć spokojnie w łóżku, a gdy cierpienie usadowione jest na kończynie, to się ją zawiesza. W razie złego stanu ogólnego i silnej gorączki podaje się wyskok. Przy tem leczeniu opada szybko ciepłota, obrzęk miejscowy i obrzęk gruczołów ustępuje, a w 8—10 dni następuje stanowczy zwrot ku lepszemu, krosta zasycha, w 12—14 dni oddziela się strup i rana pokrywa się ziarniną. W ten sposób leczono na klinice Brauna 13 chorych z wynikiem znakomitym. Kto wie, czy zbyt energiczne operacyjne leczenie często wprost chorym nie szkodzi. *Klęsk.*

Hofman. **W sprawie leczenia tężca surowicą.** (*Beitr. z. klin. Chirurg.* T. 55, Z. 3). W klinice w Gracu leczono 30 przypadków tężca: 13 podskórnemi wstrzykiwaniami surowicy (śmiert. 53·8 prc.), 16 wstrzykiwaniami śródoponowemi (12·5 prc. śmiert.) a 1 wstrzykiwaniem śródnerwowem. Widać z tego, że wstrzykiwania oponowe dają dobre wyniki lecznicze, zwłaszcza, że przypadki, leczone w ten sposób, należały do ciężkich. Wstrzykiwania wykonywa się w ten sposób, że wypuszcza się najpierw 20 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego i wstrzykuje się potem 20 ctm.³ antytoksyny (Höchst); u dzieci mniej, zwykle o połowę. W razie ciężkiego przebiegu powtarza się co 2—4. dzień podobne oponowe wstrzyknięcie, a w inne dni wstrzykuje się surowicę podskórnie. *Klęsk.*

S. Czerny. **Miejscowe stosowanie arszeniku przeciw zakażeniu ropnemu, pochodzącemu z zanieczyszczenia ran.** (*Sem. méd.* Nr 48, 1907). Na podstawie długoletniego doświadczenia radzi C. rany zakażone, nawet te, które wywołały już ogólne objawy, jak dreszcze, gorączkę, bole głowy, obrzęki najbliższych gruczołów, zasypywać po dokładnem oczyszczeniu białym arszenikiem, dobrze sproszkowanym, w małej ilości. Na to kładzie C. okłady z 2 prc. wody karbolowej, które w miarę potrzeby zmienia. Wyniki mają być bardzo dobre. Nigdy żadnych objawów zatrucia ani podrażnienia skóry C. nie zauważył. *Stahr.*

Schümannn. **Powstawanie nowotworów złośliwych na skórze naświetlanej promieniami Röntgena.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 84, Z. 3). Do opisanych już przypadków nowotworów, powstałych przy naświetlaniu promieniami Röntgena, dodaje autor jeszcze jeden z kliniki Trendelenburga (rak wielkości marki na grzbiecie ręki prawej). Nowotwór usunięto operacyjnie i osiągnięto wyleczenie. Nowotwory powstałe po rentgenizacyi są przeważnie b. złośliwe, rosną bardzo szybko. *Klęsk.*

Elsner. **Ezofagoskopia przy raku przełyku i wpustu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). Rak przełyku daje zwykle tak typowe objawy, że badanie wziernikiem jest zupełnie zbyteczne. Prawie zawsze jako wczesny objaw występują trudności w połykaniu. Badanie zgłębnikiem daje też dość pewne dane. Inaczej rzecz się ma przy raku wpustu. Tu zwykle brak utrudnienia przełykania we wczesnych okresach, a jeżeli są objawy utrudnienia, to mogą one pochodzić również od kurczowych zaciśnięć. Przy badaniu zgłębnikiem często też nic pewnego stwierdzić nie możemy. Wynika z tego, że użycie wziernika jest uzasadnione jedynie przy raku wpustu, lub przypuszczeniu nowotworu w tem miejscu, natomiast przy raku przełyku jest ono bezcelowe, bo rozpoznanie uczynić można i bez wziernika, a, jak obecnie, leczniczo nic na raka w tem miejscu wpłynąć nie możemy. *Klęsk.*

Haberer. **Przewlekłe zlepiające zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. 18, Z. 2). Postać ta zapalenia wyrostka występuje zwykle u ludzi starszych. Rozpoczyna się zwolna bez gorączki zaparciami stolca i wychudzeniem, sprawiając wrażenie raczej guza złośliwego. Przypadków takich spostrzegał H. 7. Przy operacyi znaleziono przewlekłe zmiany w wyrostku i zrosty kiszki ślepej, zagięcia śledzionowego i pętli esowatej. Rokowanie zwykle dobre. Operacya polega na wycięciu wyrostka i usunięciu zrostów. *Klęsk.*

Ruff. **Rozdęcie i porażenie jelit przy posocznicy, poczynającej się poza obrębem jamy brzusznej.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 41, 1907). R. opisuje dwa przypadki, w których porażenie jelit było następstwem posocznicy. Punktem wyjścia posocznicy w jednym przypadku była ropowica uda, w drugim ropienie stawu kolanowego. Sekcya, ani na otrzewnej, ani w obrębie jelit nie wykryła żadnych takich zmian, któreby mogły wywołać porażenie jelit. Jelita uległy porażeniu pod wpływem działania toksyn, wessanych w miejscu odległem od jamy brzusznej. Ilekroć w przypadkach porażenia jelit nie ma zmian miejscowych, mogących je wywoływać, należy pamiętać, że niedowład jelit może być jednym z objawów posocznicy, a w takich razach przyczyna porażenia jelit może leżeć daleko poza obrębem jamy brzusznej. Wskazania do zabiegu chirurgicznego w przypadkach niedowładu jelit, wywołanego przez posocznicę, oczywiście nie ma; zabieg operacyjny w takich razach byłby bezskuteczną próbą usunięcia tylko jednego objawu choroby, a nie choroby właściwej t. zn. posocznicy. *Kostrzewski.*

Prof. Riedel. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego (ślepej kiszki) u dzieci.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 48). U dorosłych przedziurawienie nie występuje zwykle nagle, bez poprzednich objawów, lecz poprzedzają je pewne wybitne cechy. Inaczej rzecz się ma u dzieci. Te nie zdają sobie dokładnie sprawy z choroby, z drugiej strony u dzieci i inne, niewinne zresztą cierpienia wywołują czasem groźne objawy przemijające. Jeżeli dodamy do tego, że rodzice nie chcą często swego dziecka poddać operacyi, a zakażenie u dzieci przebiega zwykle szybciej, niż u starszych, nic dziwnego, że statystyka zapaleń wyrostka robaczkowego przedstawia się u dzieci znacznie gorzej, niż u starszych. Z poszczególnych postaci spotykamy najczęściej u dzieci zapalenie ziarniste (*a. granulosa*), a zwłaszcza na tle kamieni kałowych. Wobec tego sądzi R., że dzieci należy właśnie o wiele częściej operować, niż to dotąd się czyni, bo wobec dzisiejszego stanu chirurgii nie byłoby nawet grzechem, gdybyśmy od czasu do czasu spotkali przy operacyi jakieś łagodne cierpienie, ale za to na pewno uchronili wiele dzieci, rzeczywiście chorych na zapalenie wyrostka, od niechybnej śmierci. *Klęsk.*

Voigt, **O pooperacyjnej późnej niedrożności jelit.** (*Deut. med. Wochs.* 1907, Nr 52). Pooperacyjna późna niedrożność jelit, powstała wskutek zrostów, może nie dawać wyraźnych objawów klinicznych, jak to V. w jednym przypadku spostrzegał. Zrosty zapobiegają rozszerzaniu się zapalenia otrzewnej, to też w tych przypadkach mimo dość dobrego stanu chorego spotkać można, jak w przypadku V., rozległą zgorzel jelita. Zapobiegamy tworzeniu się następowych zrostów, tamując przy operacyi każde krwawienie i usuwając wylaną już do jamy otrzewnej krew, dalej unikając użycia w jamie brzusznej środków przeciwgnilnych, rozległej tamponady gazą, a w końcu starając się o szybkie pobudzenie jelit do ruchu robaczkowego przez usuwanie przy operacyi treści z jelit, lawatywy następowe, wstrzykiwania fizostygminy, a nawet, jak niektórzy robią, przez rychłe przeczyszczanie chorych. Przy operacyi należy też wszelkie ubytki otrzewnej i pozostałe kikuty starannie pokrywać i obszywać otrzewną. Cięcia prowadzić należy nie za duże i o ile możności rany tamponowane szyć wtórorzędnie. Makowiec po operacyach brzusznych z podanych powodów można tylko wyjątkowo stosować. *Klęsk.*

Kurt Schulze. **Śródotrzewne wprowadzanie tlenu przy gruźliczej puchlinie brzucha.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* T, 18, Z. 1). Po wypuszczeniu płynu z otrzewnej wprowadza się 200—1800 ctm.³ tlenu. Zabieg ten wywołuje czasem wymioty, biegunkę lub boleści. Gaz ulega wessaniu w ciągu 10 dni. Zwykle jedno wprowadzenie tlenu wystarcza, w razie nazbierania się płynu należy wykonać drugie. Z 7 chorych, leczonych w ten sposób, wyleczenie nastąpiło u 6 w 1—2 lat. Przy innych postaciach wysięku otrzewnego, wprowadzania tlenu nie wywierają skutku. *Klęsk.*

Trinkler. **W sprawie techniki wyłuszczania odbytnicy przy jej raku.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 48—49). Nawet najmozolniejsze zabiegi, zmierzające do wyleczenia raka kiszki stolcowej, udaremniają często zakażenie rany, obumieranie z trudnością nieraz ściągniętej z góry kiszki, niemożność dokładnego stworzenia domykalności itp. Te wszystkie wady stara się T. usunąć w ten sposób, że na dwa tygodnie przed wyłuszczeniem odbytnicy zakłada odbyt sztuczny. Potem przy właściwej operacyi usuwa odbytnicę jedną ze znanych metod; pozostały odcinek zaszywa na głucho i umocowuje go przy otrzewnej. Ranę pozostałą tamponuje. Zyskuje się przez to wiele. Rana pozostaje czystą, goi się szybko, kał odchodzi swobodnie przetoką, a dla chorego jest to obojętną chyba rzeczą, czy ma przetokę, czy niedomykający się odbyt; oczywiście sposób ten nadaje się tylko do leczenia przypadków ciężkich, w których należy wykonać całkowite wyłuszczenie, a nie wycięcie kawałka odbytnicy. *Klęsk.*

Sutter. **W sprawie ostrego i przewlekłego zapalenia próżnego worka przepuklinowego.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 21/22). S. dochodzi do następujących wniosków: 1) Klinicznie nie różnią się objawy zapalenia próżnego worka przepuklinowego od objawów uwięźnięcia przepukliny. 2) Etyolo-

gicznie ma tu znaczenie oprócz innych czynników szczególnie utrudnienie krążenia, i to tętniczego w zapaleniu ostrem, żylnego w przewlekłem. 3) Lecznicze znaczenie może mieć tylko operacya. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Streitz. **Przypadek zapalenia otrzewnej, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). Przypadek opisany przebiegał typowo tak, jak wogóle zapalenie otrzewnej wywołane przez dwoinki zapalenia płuc. A więc wystąpił nagle wśród wymiotów i gorączki, a wkrótce zjawiła się biegunka. Po kilku dniach ostre objawy, do których należy i wielka bolesność, ustąpiły, pozostały tylko biegunki wraz ze silnem wzdęciem. Po 14 dniach zwykle zjawia się wysięk ropny, który ma dążność do przebijania się przez pępek, czasem przez pochwę, po poprzedniem otorbieniu się. U dzieci rokowanie dość dobre, u starszych sprawa zwykle nie ma dążności do ograniczenia się i stąd rokowanie bywa poważne. *Klęsk.*

Hippel. **W sprawie leczenia przed laparotomiami i po laparotomiach.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 46). Celem wywołania wypróżnień po operacyach brzusznych, usunięcia wzdęcia i zapobieżenia zrostom pooperacyjnym, zamiast osłabiających chorego przeczyszczań przed operacyą poleca H. gorąco podane przez Vogla pooperacyjne wstrzykiwania fizostygminy. Zaraz po operacyi wstrzykuje się 0,001, a potem tę samą dawkę co trzy godziny, aż wystąpią ruchy robaczkowe. Wtedy zakłada się na godzinę sączek do kiszki, przyczem zwykle odchodzą gazy. Na drugi dzień można podać lawatywę. Zwykle najwyżej 4 wstrzyknięcia osiągają skutek. *Klęsk.*

Hoffmann. **Dwa przypadki zmian trzustki.** (*Allg. med. Ztrl.-Ztg.* 1907, Nr 32). 36-letnia kobieta spostrzegła przed 9 laty po pierwszym porodzie po prawej stronie brzucha twardy, niebolesny guzek, który zwolna wzrósł do wielkości głowy dziecka. W ostatnich czasach dołączyły się ciągnące bole w grzbiecie i krzyżach. Stolec i mocz bez zmian, wychudnienia niema. Przed paru tygodniami pojawiały się (rzadko) naczczo rano wymioty śluzem zielonawym. Przy operacyi znaleziono 2 torbiele trzustki, jedną, litrowej pojemności w głowie trzustki, drugą, $^1/_4$-litrowej pojemności, w jej ogonie. Torbiele te usunięto; nastąpiło wyzdrowienie. — W drugim przypadku u 45-letniego mężczyzny, dotkniętego kamicą żółciową, rozwinęło się zapalenie trzustki, wśród czego pojawiło się kilka napadów, podobnych z objawów do niedrożności jelit. Po wyłuszczeniu pęcherzyka żółciowego, pełnego kamieni, wszelkie dolegliwości ustąpiły. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Grunert. **Chirurgiczne leczenie przerostu sterczu.** (*79. Zjazd niem. lek. i przyr. w Dreznie.* Wrzesień, 1907). Statystyka stwierdza, że przy przeroście sterczu daje wycięcie powrózka nasiennego 30 prc. wyleczeń, obustronne trzebienie 45 prc., operacya Bottiniego 52 prc., wycięcie sterczu 85 prc. Śmiertelność jest największa przy wycięciu gruczołu (do 12 prc.). Co do następstw pooperacyjnych, to po wycięciu powrózka nie bywa żadnych, po trzebieniu bywają czasem zmiany psychiczne, po operacyi Bottiniego krwotoki następowe i nawroty, po wycięciu zaś sterczu niedomykalność pęcherza, niezdolność płciowa, zwężenie cewki, przetoki, wreszcie zmiany psychiczne. W 6 przypadkach otrzymał G. bardzo dobre wyniki przy wycięciu powrózka nasiennego po jednej, a trzebieniu po drugiej stronie. Radzi też gorąco wykonywać te małe i zupełnie nie niebezpieczne zabiegi u każdego chorego, gdyż przez to napewno 30 prc. chorych uwolnimy od cewnika. Operować należy o ile możności jak najwcześniej. *Klęsk.*

Doll. **Udar łożyska nerki.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 49). Krwotoki do łożyska nerki dają według D. ciężki, a typowy obraz chorobowy. Przypadków takich spostrzegał D. dwa. Choroba występuje u ludzi, dotkniętych miażdżycą tętnic i cechuje się silnymi napadami bolu w krótkich odstępach czasu (co 6—24 godzin). Bole sadowią się w okolicy nerki, rozpromieniając się do worka mosznowego i prącia. W okolicy nerki można wymacać guz sprężysty, bolesny, zwolna powiększający się. Ciepłota zwolna podnosi się, występują objawy krwotoku wewnętrznego i zapadu, wzdęcie brzucha, w opłucnej nieraz wysięk. W okolicy lędźwi występuje naciek w skórze i podbiegnięcia krwawe, nieraz schodzące aż do worka mosznowego. Cierpienie kończy się zwykle śmiertelnie; leczenie, jak dotąd, nawet i chirurgiczne jest bezskuteczne. *Klęsk.*

Adrian. **Czy można kobietom po wycięciu nerki pozwolić na zajście w ciążę i na poród?** (*Posiedz. Tow. lek. w Strassburgu* 29. 6. 1907). Ze względu na to, że brak tak wrodzony, jak i operacyjny jednej nerki usposabia bardzo do chorób nerki drugiej i że w ciąży w 10 prc. występują właśnie cierpienia nerek, zadaje sobie A. pytanie, czy lekarz może kobiecie, mającej tylko jedną nerkę, pozwolić na zajście w ciążę i czy ma w danym razie z obawy przed gorszemi następstwami istniejącą już ciążę przerwać. Wprawdzie opisano wiele szczęśliwych porodów przy jednej nerce, A. sądzi jednak, że należy być tu bardzo ostrożnym i postępować mniej więcej w sposób następujący. Należy przestrzegać kobiety przed zajściem w ciążę zbyt rychło po wycięciu nerki, zwłaszcza, jeżeli wycięta nerka była stosunkowo zdrową. Ciąża może być bardzo niebezpieczną dla kobiety, u której usunięto nerkę z powodu gruźlicy lub nowotworu i w przypadkach tych przerwanie istniejącej ciąży jest zupełnie uzasadnione. Wogóle należy kobietom przedstawić możliwość niebezpieczeństwa w każdym przypadku braku jednej nerki. *Klęsk.*

Dermatologia.

Blumenfeld A. **O rzadszych przypadkach tuberkulidów skórnych.** (*Przegl. chor. skórn. i wener.* 1907, II. 10—11). Autor spostrzegając przypadki tuberkulidów, doszedł do przekonania, że postacie, opisane przez Barthélemyego pod nazwą: *folliclis* i *acnitis*, różnią się wyraźnie między sobą. Pierwsza pojawia się u ludzi, dotkniętych zmianami gruźliczemi, zwłaszcza u kobiet. Druga postać zaś występuje u ludzi w średnim wieku, u których ani dokładne badanie, ani wywiady nie wskazują na żadną zmianę gruźliczą w narządach wewnętrznych. Nazwą pierwszą (*folliclis*) objął Barthélemy zmianę chorobową, rozpoczynającą się w skórze lub tkance podskórnej i dochodzącą do wielkości ziarna grochu. Naciek głęboki wzrasta ku górze, przez co skóra przybiera zabarwienie sinawo-czerwone. Przebieg dalszy jest o tyle różny, że guzek albo ulega wessaniu, albo też na szczycie jego tworzy się pęcherzyk, zawierający ciecz ropiastą, przebijający się na zewnątrz (*tuberculide papulo-necrotique Hallopeau*). *Krzysztalowicz.*

Malinowski F. **O samoistnym zaniku skóry.** (*Przegl. chor. skór. i wener.* 1907, II. 10, 11). Autor opisując pięć przypadków tego cierpienia stwierdza, że zanik skóry występuje w różny sposób; w trzech przypadkach poprzedzały wystąpienie zaniku objawy zapalenia skóry, w jednym przypadku wywiady wskazują na pojawienie się przed zanikiem jakiejś sprawy zapalnej, obejmującej całą powierzchnię skóry, w piątym zaś zanik poprzedzało, o ile z wywiadów sądzić można, pojawianie się przez szereg lat pokrzywki. Jako przyczynę choroby podawali chorzy jakieś cierpienia moralne. Przedmiotowo nie stwierdzał M. żadnych objawów nerwowych, podmiotowe objawy ograniczały się do uczucia swędzenia. Na podstawie badań histologicznych dochodzi M. do wniosku, że sprawa występuje jako zapalenie przewlekłe, wiodące powoli do zaniku wszystkich warstw skóry i wszystkich jej składników. Wreszcie co do patogenezy przypuszcza M., że sprawa chorobowa zależy od zaburzeń naczynio-ruchowych, które stoją, być może, w związku z pewnemi zmianami w korze mózgowej. *Krzysztalowicz.*

Kromayer. **Stałe wyleczenie promieniami Röntgena pocenia się rąk.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 50). Ponieważ promienie Röntgena działają o wiele szybciej na gruczoły potne skóry, niż na inne części, można więc przez odpowiednie dawkowanie promieni osiągnąć zanik gruczołów wspomnianych, nie wpływając zupełnie na resztę skóry. Do odpowiedniego dawkowania promieni podaje K. osobny sposób. *Klęsk.*

Stein. **Zastosowanie zastoiny Biera przy oparzeniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Przy oparzeniach pierwszego stopnia poleca autor zaraz celem zniesienia bolu stosowanie zastoiny przez 10—20 minut za każdym razem z przerwami, aż do chwili, kiedy po zdjęciu opaski ból już nie występuje. Leczenie to ma mieć także wpływ korzystny na pokrywanie się ubytków i tworzenie się blizn. *Klęsk.*

Mahl Fr. jun. **Sposób robienia odlewów** (*moulage*) **chorób skórnych.** (*Przegl. chor. skór. i wener.* 1907, II. 10, 11). M. podaje sposób robienia odlewów, które mają dziś ogromne znaczenie dydaktyczne na wszystkich klinikach dermatologicznych (sławne muzeum odlewów Barelly w Paryżu), wedle swego doświadczenia i wskazówek Dra Photniosa. Sposób ten streszcza się w następujących zabiegach: uzyskania formy ujemnej zmienionej części skóry, zrobienia odlewu dodatniego i barwienia, oraz uzupełnienia tego modelu. M. ma wielką zasługę, że rozpoczął próby robienia w kraju odlewów, które dotąd sprowadzano do naszych klinik od obcych. *Krzysztalowicz.*

Prof. Fournier. **Rak języka, kiła, a tytoń.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 49). Zdaniem Poiriera każdy chory na

raka języka musiał przebyć kiłę lub być namiętnym palaczem. F. na podstawie swego doświadczenia potwierdza to zdanie w zupełności i uważa nawet raka języka za chorobę typową u kiłowych palaczy. Kobiety cierpią na raka języka rzadko, podobnie ci mężczyźni, dotknięci kiłą, którzy nie palą tytoniu. Wynika z tego, że w leczeniu rzekomo kiłowych cierpień języka u palaczy należy postępować bardzo ostrożnie, zwłaszcza, że jak doświadczenie wielu chirurgów uczy, leczenie rtęciowe przyczynia się bardzo w początkach raka do szybszego rozwoju nowotworu i zwiększa jego złośliwość. *Klęsk.*

Duhot. **Leczenie kiły atoksylem.** (*Clinique* 1907, Nr 49). Na podstawie dwóch doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: Atoksyl nie może iść w porównanie z rtęcią. Nie posiada wcale tych właściwości ochronnych, co rtęć, bo z chwilą zaprzestania wstrzykiwań atoksylowych, nawrót należy prawie do reguły. Działaniem leczniczem przypomina atoksyl jodek potasu, wywiera wpływ raczej na objawy choroby, niż na samą jej przyczynę. Wybitny wpływ wywiera atoksyl na zmiany kiłowe w skórze, a szczególnie na owrzodzenia. Lek ten zawdzięcza wiele swych własności arszenikowi, którego jest tworem pochodnym i działa skuteczniej na zmiany w skórze, niż na zmiany na błonach śluzowych. Wstrzykiwania atoksylu są niebolesne; nie działają wcale miejscowo na zmiany kiłowe. Atoksyl nie jest lekiem niebezpiecznym, nie wywiera żadnych działań ubocznych. Dla osiągnięcia skutku należy go wstrzykiwać codzień po $^1/_2$ grama przez 10—15 dni. Atoksyl można uważać tylko za lek pomocniczy, bardzo użyteczny w niektórych przypadkach kiły, a stosować go podobnie, jak jodek potasu. *Stahr*

Lang. **O leczeniu zwężeń cewki moczowej fibrolizyną.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). Próby leczenia fibrolizyną podjęte w szpitalu w Erfurcie w przypadkach zwężeń bliznowatych krtani, przełyku, zrostów osierdzia, zesztywnień stawów, wypadły bardzo dobrze i z tego powodu zastosowano to leczenie w 3 przypadkach starych zwężeń cewki z wynikiem bardzo dobrym. Oczywiście leczono zwężenie równocześnie i miejscowo. *Klęsk.*

Waelsch. **O zapaleniu najądrza na tle podrażnienia płciowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor miał sposobność spostrzegać u mężczyzn, wstrzymujących się od spółkowania i przy wygórowanym, a nie zaspokajanym popędzie płciowym, obrzmienia, a nawet stwardnienia najądrza, które odnosi do nawałów krwi. Chorobie tej daje W. nazwę *epididymitis erotica*. Cierpienie to po usunięciu przyczyny ustępuje; w razie długiego trwania wywołać może nawet niepłodność. *Klęsk*

Stern. **Leczenie zapalenia najądrza i gruczołów pachwinowych przekrwieniem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 48). S. leczy wiewiórowe zapalenie najądrza zastoiną i to w ten sposób, że w okresie ostrym przy dużej bolesności stosuje przekrwienie przez czas dłuższy, a gdy bolesność ustąpi, stosuje celem wessania nacieku zastoinę krótkotrwałą obok leczenia gorącem powietrzem. W ten sposób leczył 75 przypadków. Wyniki są o tyle dobre, że bolesność ustępuje szybko, a co najważniejsza, płodność zostaje zachowaną. Leczenie zastoiną zapaleń gruczołów pachwinowych daje również dobre wyniki. W razie zropienia osiągnąć można przez małe nakłucie i zastosowanie ssawek prawie zawsze wyleczenie. *Klęsk.*

Hirschberg. **Ostre zapalenie jądra na tle zakażenia prątkiem ropy błękitnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 43). Co chwila mnożą się publikacye, donoszące o chorobotwórczości prątka ropy błękitnej. H. spostrzegał ostre zapalenie jądra, wywołane przez te prątki. Po nacięciu powłok moszny i jądra nastąpiło wyleczenie. *Klęsk.*

Turzański G. **Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi.** (*Przegl. chor. skór. i wener.* 1907, II. 10, 11). Autor poddaje krytyce nasze urządzenia w sprawie prostytucyi, które dają się podzielić na dział administracyjny i dział kontroli lekarskiej, i dochodzi do przekonania, że nie spełniają one swego zadania, gdyż nie odpowiadają ani wymogom obecnego postępu kultury, ani najnowszym wynikom badań lekarskich. T. żąda w pierwszym rzędzie, aby władze administracyjne wykonywały ścisły nadzór nad domami publicznymi i aby nie dozwalano pojedynczym prostytutkom mieszkać osobno. Nadzór zaś powinien czuwać nad higieną tych domów, nad sposobem odżywiania się prostytutek, wreszcie nad uregulowaniem czasu otwarcia tych domów i obowiązkiem odkażania części płciowych przez obie strony. Dalej zaleca T. podzielić domy publiczne na dwie kategorye, prostszą i wykwitniejszą i podaje ogólne zasady opieki nad prostytutkami w kierunku moralnym (oświata), jak i społecznym (płaca i zabezpieczenie na starość).

Powszechnie wiadomo, jak niedostatecznym jest dotychczasowy sposób kontroli lekarskiej; to też T. radzi na wzór prof. Fingera poddawać prostytutki badaniu lekarskiemu co drugi dzień i leczyć je znacznie dokładniej i dłużej, szczególnie w przypadkach kiły, niż to się dzieje dotychczas. W tym celu proponuje utworzenie osobnych oddziałów dla stałego leczenia prostytutek, a następnie żąda, aby biura oględzin lekarskich zatraciły charakter policyjny, a nadzór policyjny został oddzielony od kontroli lekarskiej. Sprawozdanie T. przeplecione jest mnóstwem szczegółów, jużto zaczerpniętych z piśmiennictwa, już też objaśniających myśli zasadnicze. *Krzysztalowicz.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Strassmann. **O pęknięciach ścian żołądka, głównie wewnętrznych i niezupełnych.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Mężczyzna 46-letni po zażyciu makowca w celach samobójczych, został w stanie nieprzytomnym przewieziony do szpitala, gdzie zastosowano przepłukanie żołądka, lecz bezskutecznie. Na sekcyi nie stwierdzono innych zmian prócz znacznej ilości świeżej krwi w żołądku i w górnym odcinku jelit. Krwotok ten pochodził z pęknięć błony śluzowej żołądka, ułożonych promienisto od wpustu wzdłuż krzywizny mniejszej. Drugi taki przypadek opisał już dawniej Key-Aberg i dowiódł doświadczalnie, że zmiany takie powstają przy przepełnieniu żołądka płynem lub gazami. Wlewanie do żołądka płynów w celach leczniczych wywołuje takie następstwa najłatwiej u chorych nieprzytomnych, tem też tłómaczy się, że oba opisane przypadki dotyczą ludzi zatrutych makowcem, przyczem wchodzi jeszcze w grę porażające działanie tego środka na mięśnie gładkie i zniesienie odruchów. Przed laty kilkunastu widział autor całkowite pęknięcie żołądka, zmienionego rakowato, powstałe także wskutek płukania. W podobny sposób powstało pęknięcie błony śluzowej żołądka w przypadku Wunschheima, gdzie zwężający rak przełyku przebił do tętnicy głównej z następowym krwotokiem i przepełnieniem żołądka krwią. Wszystkie te przypadki zalicza autor do pęknięć pod wpływem urazu wewnętrznego. Samoistne pęknięcie błony śluzowej wywołuje nadmierne rozdęcie żołądka gazami. Warunkiem koniecznym jest trwały skurcz wpustu i odźwiernika, a powstanie takiego skurczu przypisuje S. działaniu bezwodnika węglowego. W przypadkach tych istnieją zawsze przewlekłe zmiany żołądka. Według Key-Aberga sadowienie się pęknięć na krzywiźnie mniejszej pochodzi stąd, że przepełniony żołądek stara się przybrać postać kulistą, wtedy zaś najsilniejszemu napięciu musi ulegać błona śluzowa na krzywiźnie mniejszej, ponieważ w tem miejscu posiada najmniej fałdów. Przypisaćby można nadto mniejszą odporność mechaniczną tej okolicy, zależną od wnikania w ścianę większej ilości naczyń i nagromadzenia tłuszczu. Tego doświadczenia nie potwierdziły, natomiast prawdopodobniejszą jest mniejsza rozciągliwość z przyczyny grubszej, mniej podatnej warstwy mięsnej. Pod działaniem urazu wewnętrznego pęka niekiedy, prócz błony śluzowej, także surowicza, częściej jednak spotyka się to przy urazach zewnętrznych. Urazy zewnętrzne wywołują zwykle płatowe oderwanie błony śluzowej, jednak nie stale, zdarzają się bowiem i pęknięcia szczelinowate, zupełnie podobne do pęknięć powstałych pod wpływem urazu wewnętrznego. Niema więc zasadniczej różnicy między tymi dwoma rodzajami pęknięć, co zresztą jest zrozumiałe, bo uraz zewnętrzny zmniejsza nagle pojemność żołądka, która może się stać zbyt małą, aby pomieścić znajdującą się w żołądku, zwłaszcza obfitą treść. Petry tłómaczy rzecz tak, że uraz powoduje zagięcie wpustu i odźwiernika przez wzmożone ciśnienie śródbrzuszne, a wtedy ściśnięte gazy rozsadzają żołądek, albo nagle wstrząśnięta treść uderza ze znaczną siłą o ściany i wywołuje pęknięcie w najsłabszem miejscu. Pęknięcia mogą się szybko goić, ale oderwania błony śluzowej trwają długo jako owrzodzenia, różniące się od wrzodu trawiennego nieregularnością brzegów. Na podstawie własnego doświadczenia nie przyjmuje S. powstawania wrzodów trawiennych z pęknięć i oderwań błony śluzowej. *Bujak.*

A. Lissauer. **O neurastenii rentowej i jej znaczeniu dla instytucyi ubezpieczenia.** (*Aerzt. Sachverständ. Zeit.*, Nr 18, 1907). Na podstawie swych spostrzeżeń wyróżnia L. nową sprawę chorobową »neurastenię rentową«, odgraniczając ją ściśle od całego szeregu nerwic, głównie zaś od t. zw. nerwicy urazowej, z którą ma ona tylko tyle wspólnego, że również po urazie wystąpić może. L. określa tę sprawę chorobową jako chorobowo wzmożone wyobrażenie o niezdolności do pracy w połączeniu

z chorobliwie podniesionem pożądaniem uzyskania renty. Sprawa ta różni się głównie tem od neurastenii urazowej, że wystąpić może — jak to L. stwierdził w jednym przypadku, — także bez urazu; o ile zaś uraz zadziała, to nie mechanicznie (wstrząśnienie układu nerwowego), ale przez to, że wyzwoli u chorego, u którego istniało już podłoże neurasteniczne, wyobrażenia o niezdolności do pracy, jak również chorobliwie podniesione pożądanie renty. Rokowanie tego cierpienia jest złe, nawet w razie udzielenia ubezpieczenia; chory oporny jest leczeniu, uważając lekarza, zachęcającego do pracy, za swego wroga. Wobec ustawodawstwa o ubezpieczeniu od wypadku, jakoteż od nabytej niezdolności do pracy, należy zdaniem L., oceniać neurastenię nerwową taksamo, jak i neurastenię ogólną wskutek urazu.

Lustgarten.

O. Daske. **W sprawie odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej według van Itallie.** (*Aerzt. Sachverständ. Zeit.*, 1907, Nr 14). Metoda ta wynika ze znanej własności krwi rozkładania wody utlenionej, przyczem wywiązuje się gwałtownie tlen, a polega na działaniu swoistego zaczynu, wyodrębnionego przez autora pod nazwą »hemazy«. Zaczyn ten pod wpływem ogrzania krwi do 65° w ciągu półgodziny traci tę własność. Van Itallie stwierdził, że w ten sposób ogrzana, następnie oziębiona do 15° i zmięszana z 1 prc. rozcz. wody utlenionej krew ludzka i małpia wywiązuje tlen; natomiast krew innych zwierząt, jak koni, wołu, świń, kóz, królików, szczurów, kur, gołębi, ryb, żab i t. p. traci swą katalityczną własność. Podobne wyniki otrzymał, badając plamy krwi, zaschnięte na płótnie, nawet bardzo stare. Jednakowoż ściśle badania autora dowodzą, iż rzecz nie jest tak prosta, jak to podaje van Itallie, gdyż wiele gatunków krwi zachowuje często po ogrzaniu zdolność katalizy, a z drugiej strony krew ludzka traci ją tak, iż metoda ta, która z początkiem zdawała się rokować doniosłe znaczenie w medycynie sądowej, okazuje się niepewną, a zaczyn sam, dość zmienny, wymaga jeszcze dalszych badań.

Nowaczyński.

Revenstorf. **Zatrucie lyzolem, a zapalenie płuc zrazikowe.** (*Aerztl. Sachverständ. Zeit.* 1907, Nr 12). Prawie zawsze zdarza się, iż po zatruciu lyzolem lub ciałami pochodnemi z grupy fenolowej, rozwija się zapalenie zrazikowe płuc przważnie w płatach dolnych, któremu chorzy najczęściej ulegają. Za przyczynę tego uważają jedni żrące działanie aspirowanego lyzolu na tkankę płucną lub zachłyśnięcie się treścią żołądkową wymiotowaną, tem bardziej, iż w zatruciu lyzolem wśród szybkiej utraty przytomności zawsze powstają wymioty; inni znów twierdzą, że lyzol, uległszy wessaniu w przewodzie pokarmowym, wydziela się (prócz nerek) na drogach oddechowych, wywołując zapalenia zrazikowe płuc. W dwu przypadkach zatrucia lyzolem stwierdził R. charakter aspiracyjny zapalenia płuc w ten sposób, iż badał drobnowidowo sok, wyciśnięty z ognisk zapalnych, jakoteż i same ogniska w skrawkach barwionych. W obu razach, a znacznie łatwiej w soku, stwierdził obok licznych bakteryi i ziarenek węgla, resztki pokarmowe, jak włókna mięsne, ziarnka skrobi i komórki roślinne, których w tych przypadkach głównie się poszukuje. Ten sposób postępowania zaleca R. jako bardzo ułatwiający rozpoznanie charakteru sprawy zapalnej, wikłającej zatrucie.

Nowaczyński.

Rembold. **Przyczynek do kazuistyki mięsaka w następstwie urazu.** (*Aerztl. Sachverständ. Zeit.*, 1907, Nr 12). Sprawę tę, dotąd nie wyjaśnioną, autorowie różnie, zależnie od przypadku, rozstrzygają. By módz uznać związek między urazem, a nowotworem, stawia R. następujące żądania: 1) uraz przedewszystkiem musi być niewątpliwie stwierdzony; 2) nowotwór musi powstać w miejscu zadziałania urazu; 3) jeżeli nowotwór powstaje bezpośrednio po urazie, musi przeciąg czasu, upływający między urazem, a rozwojem nowotworu być taki, by możliwem się wydawało, że w tym krótkim czasie nowotwór mógł wzróść do stwierdzonych w danej chwili rozmiarów; jeżeli zaś powstaje po upływie dłuższego czasu, powinno się wykazać łącznik jakiś między urazem a nowotworem, n. p. w postaci bolu, zapalenia, kostniaka, martwaka; 4) wreszcie należy wyłączyć możliwość istnienia gdzieś w ustroju pierwotnego ogniska, którego przerzutem byłby nowotwór, świeżo powstały w miejscu urazu. Na podstawie tych zasad mógł R. przyjąć niewątpliwy związek między licznemi i ciężkiemi obrażeniami, jakim uległ pewien mężczyzna podczas wypadnięcia z wozu, a mięsakiem drobno-okrągło-komórkowym, który rozwinął się w miejscach, na jakie uraz zadziałał (żebra, kręgosłup, rdzeń, kość ramieniowa, gruczoły okołooskrzelowe) w trzy miesiące po wypadku i doprowadził do zejścia śmiertelnego. *Nowaczyński.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 5. grudnia 1907.

Przewodniczy kol. Rumszewicz. Obecnych członków 38.

1) Kol. Sznarbachowski przedstawia $5^1/_2$-letnią **matołkowatą dziewczynkę** z gub. Charkowskiej, urodzoną jako drugie z kolei dziecko. Ojciec, robotnik fabryczny, nałogowy pijak, miewał często w stanie nietrzeźwym stosunki z żoną, wobec czego możliwe tu jest poczęcie z ojca pijanego. Dziecko miało się jednakże rozwijać w pierwszym roku prawidłowo i dopiero później po ciężkiej biegunce przestało rosnąć, a zaczęło grubieć. W 3. roku, po zastosowaniu limanu i słonych kąpieli znowu zaczęło nieco rosnąć, w ostatnim zaś roku także mówić (bardzo mało), oraz bawić się z innemi dziećmi, chociaż na ogół i dotychczas jest jeszcze mało towarzyskie. Apatya, nizka inteligencya, żarłoczność (jada prawie tylko mięso), stałe zaparcie stolca. Charakter uparty. Wzrost w stosunku do wieku bardzo mały, nóżki skrzywione, głowa duża, czaszka nieforemna. Skóra na głowie znacznie zgrubiała, nos spłaszczony, policzki mięsiste, wargi wysunięte i odwinięte. Z ust otwartych wygląda mięsisty język i wycieka ślina. Zęby popsute, rzadkie, gruczołu tarczowego wymacać nie można. Przepuklina pępkowa. Od 6 tygodni leczenie jodowe, pod wpływem którego dziecko stało się ruchliwsze.

Dyskusya: Kol. Trzebiński radzi spróbować leczenia przetworami gruczołu tarczowego. — Kol. Łążyński byłby ewentualnie za wszczepieniem gruczołu. — Prelegent odpowiada, iż wobec blizkiego wyjazdu chorej można myśleć tylko o opoterapii środkami wewnętrznymi.

2) Odczyt kol. A. Modrzewskiego: **Sposób bakteryologicznego badania krwi na prątki duru brzusznego według Conradiego.** Omówiwszy technikę postępowania, zestawił M. 795 przypadków duru brzusznego, badanych według Conradiego, w tej liczbie 16 przypadków Dra Kleina i 20 swoich, nigdzie jeszcze nie opisanych. M. dochodzi do wniosków następujących: Zapomocą sposobu Conradiego powiodło się stwierdzić, że 1) w pierwszym tygodniu duru brzusznego prątki Ebertha wyrastają ze krwi częściej, niż w następnych okresach choroby; 2) odsetka przypadków, dających sposobem Conradiego wynik dodatni w pierwszym tygodniu choroby waha się około 75%. Ta liczba nie jest jeszcze ustaloną, gdyż w pierwszym tygodniu choroby zbadano zaledwie kilkadziesiąt przypadków i ta okoliczność właściwie wpływa na to, że dziś nie możemy wyrzec stanowczo, czy sposób Conradiego może współzawodniczyć z odczynem Widala. Bądź co bądź i dziś już w praktyce szpitalnej sposób Conradiego jest obowiązujący. Co się zaś tyczy praktyki prywatnej, a osobliwie takiej, gdzie powtórne branie krwi jest niemożebne, lepiej czekać drugiego tygodnia choroby, by wykonać odczyn Widala. W każdym razie podnieść należy ścisłość sposobu Conradiego i względną łatwość wykonania. Łatwość byłaby jeszcze większą, gdyby pożywkę Conradi-Drigalskiego (podłoże mające dużo stron dodatnich) można było zastąpić inną, łatwiej dającą się przygotować. M. próbował zastąpić pożywkę Conr.-Drig. przez pożywkę z zielenią malachitową, t. j. przez pożywkę Löfflera. Okazało się, że prątki Ebertha, wyhodowane na tej pożywce, zupełnie prawie tracą zdolność do aglutynacyi. Zbadano 10 hodowli prątków durowych, z tych 3 stare laboratoryjne, 1 z wody, 1 z kału, 5 ze krwi chorych. Tylko stare laboratoryjne hodowle dawały stosunkowo nieznaczną aglutynacyę. Hodowle zaś świeże nie dawały aglutynacyi nawet w rozcieńczeniu 1:10. Badane równolegle szczepy, wyhodowane na pożywce Conradi-Drigalskiego niczem nie różniły się w stosunku do aglutynacyi od hodowli na zwykłym agarze.

Dyskusya: Kol. Bylina zaznacza, iż dzięki metodzie Conradiego udowodniono w niezbity sposób bakteryologiczną przyrodę duru brzusznego. Jeźli niekiedy nie udaje się znaleźć prątków we krwi, to zależy to tylko od zbyt małej ilości krwi badaniu poddanej. Metoda Conradi-Drigalskiego jest technicznie łatwa, a stosowanie jej jest ważne, zwłaszcza przy zakażeniach mieszanych (n. p. róży z durem). — Kol. Januszkiewicz pyta, czy istnieje chronologiczna równoległość między wynikami odczynu Widala i metodą Conradiego, poczem stwierdza, iż dawno już uważano dur brzuszny za bakteryemię, a to wskutek znalezienia prątków w śledzionie i plamkach wysypki różyczkowej. Metoda Conradiego ma zresztą swe braki, podobnie jak odczyn Widala, od którego różni się tem, że daje wyniki dodatnie już

w pierwszym tygodniu choroby. — Kol. Nowaczek przypomina, iż prątki durowe znajdowano także w szpiku kostnym, dokąd przecież mogły się one dostać tylko ze krwi. — Kol. Hoffmann. Dopiero badania lat ostatnich wykryły obecność bakteryi we krwi w wielu chorobach zakaźnych, nawet w mniej ciężkich przypadkach. — Kol. Bylina: To, co poprzedni mówcy przytaczali, upoważniało nas tylko do przypuszczenia obecności bakteryi we krwi chorych na dur; natomiast metoda Conradiego stwierdziła ją w bezpośredni sposób, z zupełną pewnością. — Prelegent: Z przypadków Kaisera było 18,5% takich, w których metoda Conradiego dała wynik dodatni, odczyn zaś Widala wypadł ujemnie. Być może, iż zwiększając ilość badanej krwi, można będzie przy stosowaniu metody Conradiego zwiększyć odsetek wyników dodatnich. W przeciwnym razie wyższość pozostanie przy odczynie Widala, dającym 95% wyników dodatnich w przeciwieństwie do 75% przy metodzie Conradiego. W niektórych ciężkich wypadkach prelegent nie otrzymywał, stosując metodę Conradiego, wyniku dodatniego, chociaż używał do badania stosunkowo znacznych ilości krwi.

3) Odczyt kol. S. Trzebińskiego: **Psychoza i neuroza w belletrystyce polskiej.** Część I. (Odczyt i dyskusya będą streszczone po wygłoszeniu części drugiej).

4) Po zamknięciu dyskusyi odczytano zaproszenie Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego na obchód jubileuszowy i uchwalono jednogłośnie wysłać telegram gratulacyjny.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Na posiedzeniu Wydziału w d. 11. I. 1908 postanowiono zwołać nadzwyczajne Walne Zgromadzenie na 26. I. 1908 celem poprawek w nowym statucie, udzielono 2 zapomogi po 150 koron (choremu lekarzowi i wdowie po lekarzu), jedno zaś podanie odrzucono, gdyż petent nie był członkiem Towarzystwa i wogóle nie jest lekarzem; uchwalono dalej odstąpić od myśli założenia własnej księgarni, przyjęto projekt odezw, które mają być wniesione do Izb lekarskich i odpowiednich władz w sprawie pomnożenia liczby lekarzy miejskich, a w końcu reaktywowano komisyę prasową. wybierając do niej Dr Zydłowicza, Weinsberga, Stahra i Prof. Ciechanowskiego. *R.*

Ze Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie. Na posiedzeniu Wydziału spraw bytu lekarzy w d. 14. I. 1908 uchwalono zwrócić się do władz o wyjaśnienie w sprawie odebrania lekarzom szpitalnym bezpłatnych biletów jazdy tramwajami. Dr Wisłocki przedstawił referat »O stosunku lekarza do publiczności«, roztrząsając w nim wypracowany przez Izbę lek. wschodnio-gal. kodeks deontologii lekarskiej i uzasadniając potrzebne w nim zmiany. W końcu przedstawił referent projekty minimalnych taks lekarskich: dla laryngologów (opracowany przez Dra Dudrewicza), dla chirurgów (opr. przez Dra Lewensterna i Szpota). Projekt taryfy ginekologów ma przedstawić Dr Neugebauer, taryfy okulistów Dr Cetnarowicz. W dyskusyi, w której m. i. oświadczył się Dr Dunin przeciw opracowywaniu taryf minimalnych wogóle, uchwalono ułożyć projekt taryfy minimalnej dla Warszawy i dla ułatwienia dalszych rozpraw ogłosić go drukiem w jednem z pism lekarskich. (»Med. i Kron. lek.« 1). *R.*

Rachunki lekarskie. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina kolegom, iż Walne Zgromadzenie w d. 27. kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu. Rachunki sprzedaje Administracya znaczków receptowych w Krakowie, Radziwiłłowska l. 4, po 4 halerze za sztukę.

Lekarze krakowskiej Kasy chorych podjęli starania o zwiększenie wynagrodzenia. Gdyby starania te nie odniosły skutku, zamierzają lekarze Kasy solidarnie ustąpić z d. 1. II. b. r. Nie można wątpić, że w słusznej swej sprawie znajdą lekarze Kasy poparcie u ogółu kolegów. *R.*

Sprawy sanitarne w Austryi. Jeden z pięciu oddziałów powstającego w Austryi »ministerstwa pracy« ma, według dzienników, obejmować sprawy zarządu sanitarnego i miejsc kąpielowych. Jeżeliby ta zapowiedź oznaczać miała oddanie nowemu ministerstwu całego zakresu spraw sanitarnych, to dział ten byłby w niem wśród innych jego zadań jeszcze mniej na swojem miejscu, niż obecnie — w ministerstwie spraw wewnętrznych. Jedyną właściwą drogą byłoby utworzenie odrębnego ministerstwa zdrowia; ale nadzieja, by do tego wkrótce w Austryi doszło, coraz bardziej słabnie. *R.*

Sprawę zezwolenia na zabieg operacyjny u małoletnich omawia Dr K. Büdinger w Nr 48 »Oesterr. Sanitätswesen«. Najpierw zajmuje się pytaniem, czy rodzice lub opiekun małoletniego mają prawo odmówić zezwolenia na zabieg, konieczny do ratowania życia. Pytanie to rozstrzyga poniekąd wyrok sądu kasacyjnego, wydany przed dwoma laty. Pewna kobieta w Samborze wezwała do swego ciężko chorego dziesięcioletniego syna lekarza, który rozpoznawszy uwięzniętą przepuklinę radził natychmiast oddać chłopca do szpitala dla dokonania operacyi. Matka nie usłuchała tej rady, rzekomo ze względu na dziecko, które w żaden sposób nie chciało pójść do szpitala; we dwa dni później dziecko umarło. Matka, oskarżona o zaniedbanie chorego i o przestępstwo przeciw bezpieczeństwu życia, została w pierwszej instancyi uwolniona, gdyż »wezwała lekarza, a nie jest obowiązaną posłuchać rady lekarskiej«. Najwyższy Trybunał zniósł jednak ten wyrok i skazał oskarżoną na tydzień aresztu. W uzasadnieniu swego wyroku podniósł Trybunał kasacyjny, że niższa instancya mylnie pojęła zakres obowiązków matki. Naturalny obowiązek matki doglądania i pielęgnowania dziecka w chorobie nie ogranicza się do tego, że dziecko powinno być wogóle lekarzowi przedstawione, ale przeciwnie wymaga, aby choremu naprawdę udzielić takiej pomocy lekarskiej, któraby usunęła chorobę i przyspieszyła wyzdrowienie. Matka była przeto obowiązana posłuchać rady lekarza. W podobnym przypadku zachowały się sądy Rzeszy niemieckiej zupełnie odwrotnie: niższa instancya skazała rodziców, wyższa uwolniła. — Ciekawy przypadek przytacza autor z własnej praktyki: U pewnego dziecka, oddanego do szpitala, którego ojciec z Wiednia wyjechał, okazała się pewnego dnia potrzeba zabiegu dla ratowania życia. Autor wobec tego, że nie mógł się zwrócić do ojca, udał się w krótkiej drodze do trzech sądów (sąd powiatowy, krajowy i krajowy wyższy) i każdy z tych trzech sądów dał inną radę. Autor dochodzi do wniosku, że rodzice, lub opiekun mają prawo rozstrzygać, o ile idzie o małe dziecko, jednak wobec dorosłego małoletniego przysługiwać im powinno tylko prawo ojcowskie. Prawne uregulowanie tej sprawy jest konieczne, obecnie jednak nie możemy się tego tak prędko spodziewać. I dlatego na innej drodze powinno się co rychlej stworzyć jakieś normy postępowania. Oto w braku ustawy powinny władze wydać w drodze administracyjnej przepisy dla wypełnienia tej luki w ustawie i wskazania drogi zarówno sędziemu, jak lekarzowi. Lekarze wojskowi mają takie normy postępowania w orzeczeniach ministerstwa wojny z 28. grudnia 1905 i jego sekcyi marynarskiej z r. 1906 Nr 192. Podobne normy możnaby ustanowić i dla ludności cywilnej. Najwyższa władza zdrowia powinna wydać przepisy w tym kierunku dla lekarzy szpitalnych; przepisy te obowiązywałyby wprawdzie tylko lekarzy szpitalnych, ale znalazłyby może zastosowanie i w praktyce prywatnej i kasowej, bo każdy lekarz w danym przypadku, nie mając innego wyjścia, musiałby się oprzeć na tem, co jest i mógłby przynajmniej liczyć na to, że, stosując się do takich przepisów, nie jest wprawdzie na drodze ustawowej, ale przynajmniej na drodze oficyalnej, którą sądy uznają. *Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 1 do 4. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 38, nieżywo 3; zmarło osób 27 (w tem obcych 12), z nich z gruźlicy 4 (2), zapalenia płuc 2, duru brzusznego 2 (2). — Od 5. do 11. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 4; zmarło osób 56 (w tem obcych 17), z nich z gruźlicy 14 (5), zapalenia płuc 9, płonicy 1 (1), duru brzusznego 2. *L.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. do 11. I. 1908 było przypadków: odry 2, płonicy 2, duru brzusznego 2 † 2, krztuśca 3, nagm. zapalenia ślinianek 1, róży 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. XII. 1907 do 4. I. 1908 było przypadków: błonicy 11 † 3 (w tem obcych 7 † 3), krztuśca 6, ospy wietrznej 8, płonicy 37 † 8 (6 † 4), odry 11, duru brzusznego 4 † — (2 † —), czerwonki 1, nagm. zapalenia opon 1 † 1 (1). — Od 5. do 11. I. 1908 było przypadków: błonicy 5, krztuśca 11, ospy wietrznej 21, płonicy 20 † 8, (w tem obcych 2 † 2), odry 7, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1). *L.*

Wiadomości bieżące.

W ubiegłej kadencyi uchwalił Sejm na wniosek Prof. Dra Marsa wyznaczyć 6,000 koron na zasiłki dla lekarzy, pozostających w służbie krajowej, a wyjeżdżających zagranicę dla poczynienia studyów. Zasiłki te, o ile nie są wyczerpane, mogłyby obecnie wypełnić pilne i ważne zadanie, ułatwiając wycieczki naukowe zagranicę przyszłym lekarzom zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie. Wszak zakład ten, którego budowa ma się w roku bieżącym rozpocząć, potrzebować będzie kilku kierowników oddziałów i grona lekarzy pomocniczych. Pracowników na polu psychiatrycznem mamy w Galicyi dotąd niewielu; trzeba prawdziwego poświęcenia, by w trudnych warunkach naszych i to za bardzo nędzną płacę w tym dziale pracować. Należałoby przeto koniecznie tym lekarzom pomocniczym, którzy z zaparciem się od lat pełniąc w Zakładzie kulparkowskim twardą służbę, nabrali znacznego zasobu doświadczenia i fachowej wiedzy, zapomocą krajowych zasiłków ułatwić teraz zbadanie stanu i sposobu prowadzenia zakładów zagranicznych i przygotowanie się do objęcia samodzielnych kierowniczych stanowisk w Kobierzynie; brak podobnych ułatwień dla młodzieży lekarskiej, wykształconej na wszechnicach krajowych, zniechęciłby na długie lata młodszych lekarzy do szczegółowszego poświęcania się psychiatryi i utrudniłby przez to niepomiernie późniejszy przyrost sił pomocniczych, sekundaryuszy i praktykantów w naszych Zakładach krajowych, bez którego one przecież obejść się nie mogą.

Mamy nadzieję, że Wydział krajowy poświęci baczną uwagę poruszonej tu sprawie i że nie spuści jej z oka dyrektor przyszłego zakładu kobierzyńskiego, który zapewne sam także zechce się oprzeć na kolegach, równie doświadczonych w zakresie psychiatryi, jak i w zakresie stosunków naszego kraju.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 15. I. 1908 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem zarząd złożył sprawozdanie za r. 1907.

— Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy celem uchwalenia poprawek statutowych odbędzie się 26. I. 1908 o godzinie 5 popoł. w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4) w Krakowie.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Uczestnicy kursów dla lekarzy, urządzonych w grudniu r. 1907 w uniwersytecie krakowskim, złożyli zamiast uczty pożegnalnej na ręce Komitetu kursów 150 koron na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Za ten hojny dar składa Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy ofiarodawcom gorące podziękowanie.

Dr Flis, sekretarz. *Dr Damski,* wiceprezes.

— Sprawa liczniejszych, niż zazwyczaj, przypadków duru brzusznego w mieście nie schodzi z porządku dziennego. W Radzie miejskiej podniósł ją Prof. Domański, na co miejski urząd zdrowia odpowiedział uspokajającem zapewnieniem, że epidemii w samem mieście niema, a spostrzeżone przypadki duru mają źródło we wsiach podmiejskich. Na to znów podały dzienniki wiadomość, mającą pochodzić z dobrego źródła, że w powiecie krakowskim są obecnie tylko 4 przypadki duru. Słusznie jednak zauważył w dalszej dyskusyi w prasie Doc. Seńkowski, członek miejskiej komisyi sanitarnej, że ani wyjaśnienia zarządu miejskiego, ani wiadomości dziennikarskie o stanie duru brzusznego w powiecie krakowskim, nie są wystarczające; stojąc przytem ze sobą w sprzeczności, chybiają one temwięcej zamierzonego celu i nie mogą uspokoić mieszkańców miasta. Przy tej sposobności przypomniał Doc. Seńkowski o tem, że w gminach podmiejskich dotąd istnieją osławione płukadła jarzyn, t. j. wzdłuż gościńca brudnymi rowami płynące boczne koryta Rudawy i że wbrew brzmieniu ustawy z d. 24. VII. 1893 dz. u. k. Nr 43 § 8 miejska komisya sanitarna, zamiast zbierać się przynajmniej raz na miesiąc, znowu, co już podnosiliśmy, przez 3 miesiące ani razu nie była zwołana. (W ostatniej chwili dowiadujemy się, że posiedzenie komisyi sanitarnej zostało nareszcie zwołane na 16. b. m.).

Jest rzeczą oczywistą, że w całej tej sprawie nie ma należytego ładu i porządku; nie widać w niej koniecznego w takich razach energicznego działania miejskich władz zdrowia; nasuwają się wątpliwości, czy porozumiewają się one w mierze dostatecznej z powiatową władzą sanitarną; przepisy ustawy nie są wypełniane. Jest rzeczą konieczną, by Prezydyum miasta zwróciło szczególną uwagę na sprawy sanitarne i przyspieszyło konieczną dla ich uporządkowania reorganizacyę miejskiej służby zdrowia.

— W d. 11. I. 1908 odbyła się uczta pożegnalna, urządzona na cześć dyrektora Prof. Ponikły przez lekarzy szpitala św. Łazarza.

— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że posada sekundaryusza w Tarnobrzegu została już obsadzoną.

— Wśród urządzonych tej zimy przez krakowskie »Towarzystwo oświaty ludowej« stałych wykładów popularnych po wsiach powiatu podgórskiego, odbywają się także wykłady z zakresu higieny i pierwszej pomocy; prelegentami są nauczyciele ludowi. Zorganizowanie tych wykładów jest zasługą inspektora szkolnego, p. Seweryna Udzieli.

Lwów. Długoletni redaktor »Czasopisma galic. Towarzystwa aptekarskiego«, p. Bronisław Koskowski, przeniósł się do Warszawy; redakcyę »Czasopisma« objął po nim Dr Jan Piepes-Poratyński.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. uchwalił na posiedzeniu w d. 13. I. 1908 zalecić do Rady miejskiej kandydatury: Dra Starzewskiego, Papéego, Piaseckiego, Hojnackiego i Felsa; nadto, jak donoszą dzienniki, kandyduje do Rady Prof. Rydygier i Dr Ozarkiewicz. — Do Sejmu zaś zgłoszoną ma być podobno kandydatura Dra Festenburga, prezydenta Izby lekarskiej.

— Niektóre dzienniki podały wiadomość, pochodzącą rzekomo z Krakowa, o dokonanem już jakoby obsadzeniu stanowiska dyrektora szpitala św. Łazarza. Wiadomość ta nie ma żadnych podstaw, jak wiadomo bowiem, na stanowisko dyrektora rozpisany został konkurs, którego termin upływa dopiero 1 marca 1908.

— Dr Alfred Winogrodzki z Sambora, zasłużony działacz społeczny, ułożył w postaci praktycznej tablicy »Przykazania higieniczne« dla szkół. Tablica ta, wydana nakładem »Towarzystwa przyjaciół młodzieży szkolnej w Samborze« znajduje się w handlu po cenie 10 hal.

Warszawa. Redaktorami połączonych »Medycyny i Kroniki lekarskiej« są Dr M. Sadowski i Dr J. Zawadzki, wydawcą Dr L. Guranowski, skarbnikiem Dr H. Kucharzewski, członkami zarządu Drowie: Dobrzycki, Sierpiński, Srebrny; do komitetu redakcyjnego należą nadto Drowie: F. Arnstein, M. Biehler, W. Biehler, T. Borzęcki, J. Brunner, Cetnarowicz, Korybut-Daszkiewicz, T. Heiman, Kurella, Leśniowski, Lubliner, Mutermilch, Oderfeld, S. Orłowski, Róbin, Sędziak, Szymański, J. Wojciechowski, J. Winiarski i H. Zaleski. Przy zwiększonej objętości zachowano zresztą w nowem piśmie formę dotychczasową »Medycyny«; prenumeratę podniesiono na 7 rb. w Warszawie, 8 rb. na prowincyi.

— Stosownie do uchwał X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przekształcił się warszawski »Komitet do badania i leczenia raka« na centralny Komitet polski tej sprawy i wezwał do zorganizowania komitetów miejscowych: na Poznańskie Dra F. Chłapowskiego, na Litwę Drów Dembowskiego i Rymszę, na Galicyę zachodnią Prof. Ciechanowskiego.

— Instytut higieny dziecięcej im. br. Lenvala w Warszawie, kierowany przez Dra Z. Paderewskiego, udzielił w r. 1907 3,427 porad ambulatoryjnych, 1,911 porad dentystycznych, 37,303 kąpieli higienicznych, 135,095 buteleczek mleka wyjałowionego i zaszczepił 4,205 dzieci.

— W r. 1910 ma się odbyć w Warszawie »wystawa miast«, obejmująca m. i. całą higienę miast i mieszkań, oraz szpitalnictwo. Celem wystawy jest ułatwienie działania przyszłym samorządom miejskim.

— Jak donoszą dzienniki, powstała w Łodzi myśl, by szpital im. Poznańskich objęła w swoje zawiadywanie gmina izraelicka, nie mająca dotąd szpitala dla swoich ubogich chorych, a mogąca bez trudności składać rocznie 30,000 rb.; pozwoliłoby to utrzymać szpital wraz z ambulatoryum w dotychczasowym zakresie, a uchyliłoby zależność losów szpitala od prywatnej ofiarności.

— Powiatowy zarząd ziemski w Żytomierzu poszukuje lekarzy na posady w powiecie żytomierskim (płaca roczna 1,200 rb. i 200 rb. na mieszkanie).

— Wystawa zdrojowa w Ciechocinku ma być otwarta 24. V. b. r.

Z różnych stron. Posiedzenie organizacyjne »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« ma się odbyć 18/31. I. 1908 w lokalu »Ogniska Polskiego« o g. $8^1/_2$ wieczorem.

— P. Curie-Skłodowska obrana została członkiem korespondentem petersburskiej Akademii nauk.

— Jednym z tematów odbyć się mającej w ministerstwie oświaty w Wiedniu w d. 21—24. I. 1908 ankiety w sprawie reformy szkoły średniej jest pytanie: »Czy potrzebne jest pomnożenie ćwiczeń fizycznych i jak należy je przeprowadzić bez isto-

tnej szkody wykształcenia naukowego uczniów«. Sprawę tę przedstawią higienista prof. Hueppe z Pragi i dyrektor gimnazyum Dr Thumser z Wiednia.

— W »Austryackiem Towarzystwie badania dzieci« odbyć się mają 13. i 20. I. 1908 rozprawy o lekarzach szkolnych. »Wiener mediz. Wochenschrift« (2) zwraca z tego powodu uwagę, że lekarzy szkolnych w Wiedniu i innych miastach, w których zarząd spraw szkolnych spoczywa w ręku tych samych władz, co i zarząd spraw sanitarnych, osobno ustanawiać nie potrzeba, że należałoby tam tylko rozszerzyć agendy lekarzy gminnych, którzy już i tak obecnie muszą nadzorować pod względem higienicznym budynki szkolne i t. d.

— Zakład kąpielowy w Joachimsthal, gdzie dobywaną jest ruda, zawierająca rad, a wody według przeprowadzonych badań są silniej promieniotwórcze, niż gdziekolwiek indziej, zamierza rząd austryacki założyć we własnym zarządzie.

— X. Zjazd internistów francuskich odbędzie się 3—5. IX. 1908 w Genewie. Przedmiotem obrad będą: 1) Kliniczne postacie stwardnienia tętnic (sprawozdawcy: Huchard i Jaquet). 2) Patogeneza stanów neurastenicznych (Dubois i Lepine). 3) Leczenie kamicy żółciowej (Gilbert, Carnot i Mongour).

Mianowani: Doc. Witmaak z Gryfii profesorem otyatryi w Jenie; Doc. Kutscher z Marburga profesorem nadzw. fizyologii; Dr Budzynowski elewem klin. chorób dzieci w Krakowie; Dr Verstaendig sekundaryuszem szpitala w Tarnobrzegu.

Zmarli: Prof. Mering, dyrektor kliniki lekarskiej w Halle; chirurg prof. Annandale w Edymburgu.

Redakcya otrzymała: Dr A. Winogrodzki: Przykazania higieniczne. Sambor 1908. — Saski: O beztlenowcach w tkankach ustroju prawidłowego, »Akad. Um.« 1907. — Spira: Seltener Fall einer kombinierten angeborenen Missbildung des äusseren Gehörganges. »Monats. f. Ohrenhk.« 1907. — Świątecki: Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu. »Medyc.« 1907. — W. Puławski: Dalsze przyczynki do leczenia płonicy surowicą swoistą. »Czas. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kołaczyki do kąpieli z kwasem węglowym wyrabiane przez fabrykę w Hallein wywiązują kwas węglowy jednostajnie i stale, mogą być używane w każdego rodzaju wannie, dają się łatwo przewozić. Woda w wannie nie dzieli się na warstwy, oddziaływające obojętnie, kwaśno i zasadowo, gaz wywiązuje się bez poruszania kończynami. Ten rodzaj kąpieli zastosowano w wielu lecznicach zamiast kosztownych kąpieli gazowych z urządzeniem maszynowem. *Mis. H.*

Regulin. Dr Mollweide (Diakonissenkrankenh. we Fryburgu, Therap. Monatshefte 1906, marzec) pisze o przetworze tym, wprowadzonym do lecznictwa przez Prof. Schmidta, iż uważa go za pewny i przyjemnie działający środek przeczyszczający, zasługujący na stosowanie w zaparciu przewlekłem. Środek ten ma zawsze tę zaletę, że nie drażni niepotrzebnie, czem samem przewyższa już wiele innych podobnych środków. Podobnie wyrażają się o regulinie również Schellenberg (D. m. W. 48, 1906), Bollenstern (D. Aer. Z., listopad 1007), Voit (M. m. W. Nr 30, 1906) i i. *S. W.*

Pyrenol (Dr Leopold Wiener, Aerztl. Centralzeitung. Nr 33/35, 1907). Przeciwko tak wielopostaciowej chorobie, jaką jest influenca, niewiele pomagają przetwory jednostronne, jak chinina, antypirina, salicyl, fenacetyna i t. d. Dążeniem przeto naszem jest wprowadzenie w użycie takiego środka, któryby łączył w sobie wiele właściwości leczniczych, jakie mogłyby być pomyślnie przeciwstawione całemu szeregowi objawów influency. Na podstawie licznych doświadczeń, przeprowadzonych w c. k. powszechnym szpitalu w Wiedniu, orzeka Wiener, że pyrenol jest najlepszym środkiem przeciw influency. Przedewszystkiem działa on jako środek wykrztuśny, dalej jako uspokajający, przeciwgośćcowy i łagodny środek przeciwgorączkowy. Jego działanie obniżające ciepłotę, występuje powoli, dochodzi tylko do normy, nigdy poniżej tej ostatniej, dlatego też przy zastosowaniu pyrenolu, jako środka przeciwgorączkowego nigdy nie występują objawy sercowe. Działanie wykrztuśne pyrenolu jest bardzo wybitne; odpluwanie bywa ułatwiane, nasilenie kaszlu znacznie się zmniejsza. W ten sposób zabezpiecza pyrenol chorego przeciw zapaleniu płuc. Gdzie powstała nerwica serca przy influency lub wogóle jakieś powikłania ze strony układu nerwowego, tam pyrenol daleko szybciej działa uspokajająco, nawet w wypadkach, gdzie brom i kozłek okazały się bezskutecznymi. Dolegliwości, wywołane przez gościec, ustępują zaraz po pierwszych dawkach tego środka. Przeciw gośćcowi i zimnicy stosował Wiener pyrenol w kołaczykach, 3—6 razy dziennie po 0,5 albo w rozczynie z syr. malinowym: Rp. Pyrenol 6—10 na 180, syr. rub. idaei 20,0, MDS. 3—6 r. dziennie 1 łyżkę stołową zażywać. Przy zapaleniu płuc i oskrzeli: Pyrenol 6,0—10,0 na 175,0 liq. ammon. anis. 5,0, succ. liquir 20,0, MDS. 3—6 r. dziennie 1 łyżkę stołową, a dla dzieci $^1/_4$—$^1/_2$ dawki. Stosowany w odpowiednich wysokich dawkach oddaje pyrenol przy swej nieszkodliwości znakomite usługi. *Hr.*

Euferrol. (Dr Hauschild. »Deutsche med. Wochs. Nr 26, 1907). Pomyślne wyniki przy stosowaniu w błednicy i niedokrwistości wody Lewico, naprowadziły autora na myśl, sporządzenia ze składowych części tej wody kapsułek żelatynowych. Wyrabia je obecnie firma J. D. Riedel. Każda kapsułka zawiera 0,012 gr. żelaza, oraz 0,00009 kwasu arsenawego, t. i. tyle, ile w jednej łyżce stołowej wody Levico. Przetwór ten, jak Hauschild podaje, nawet przy chorym żołądku bywa dobrze znoszony. Używa się go w tych przypadkach, co wodę Levico (5—6 kapsułek dziennie). *Ll.*

*